

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE (POR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE):	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (Últimos 4 dígitos solamente)
	# de Licencia de Conducir (solamente requerido si usted NO pide los expedientes en persona):	
	Correo Electrónico:	

Información Proporcionada Por: Hospital General de Jackson en el Condado de Madison

Libere Expedientes A:	Dirección:	Ciudad:	
	# De Teléfono:	Estado:	Código Postal:

Razón de Divulgación: Cuidado Médico Seguro Al Pedido del Paciente Portal de Acceso al Paciente
 Otro, Por Favor Explique:

Método de Divulgación: Papel Fax CD o DVD protegido por contraseña Otro: _____
 Correo Electrónico: Seguro/encriptado o Inseguro/Des encriptado: Tome nota si manda un correo electrónico **inseguro/des encriptado** por el internet, hay algún nivel de riesgo que la información pueda ser leída o de lo contrario accedida por una tercera persona mientras esta en tránsito. Por favor escriba sus iniciales aquí declarando que usted desea que la información sea enviada desencryptada: _____

DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN PARA SER USADA O DIVULGADA:

Fechas de Tratamiento:	Lugar de Tratamiento: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
------------------------	---

Escoja de lo siguiente (por favor escriba sus iniciales al lado de los documentos):

_____ Todos los Reportes Dictados	_____ Laboratorio (Podría incluir información de SIDA/VIH)	_____ Historia y Físico
_____ Reportes de Radiología	_____ Resumen Pertinente	_____ Resumen de Alta
_____ Reportes de Patología	_____ Expediente de Sala de Emergencia	_____ Consulta
_____ Expediente de Anestesia	_____ Registro de Facturación	_____ Reporte Operativo/Procedimiento
_____ Todo el Expediente	_____ Fotografías/Imágenes	_____ Otro (especifique)

Entiendo que:

1. Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en cualquiera de las acciones tomadas por la instalación revelando la información (a continuación referida a la "instalación") previo a que la instalación reciba la revocación. Detalles adicionales sobre la manera en la que esta autorización podría ser revocada puede ser encontrada en el Aviso de Practicas de Privacidad de la instalación.
2. Esta autorización le permite a la instalación proporcionar los documentos indicados en mi expediente médico, incluyendo aquellas copias de otras instalaciones de salud y proveedores conforme a lo solicitado.
3. Cualquier divulgación de expedientes sobre diagnóstico y/o tratamiento de alcohol y/o abuso de drogas está cubierto por el Título 42 CFR, y si hay tal información, Yo por la presente autorizo la liberación de esta información. Esta autorización también incluye cualquier información relacionada a la diagnosis y/o tratamiento de cualquier enfermedad psiquiátrica o mental o cualquier estado de infección con el virus del VIH (SIDA).
4. La instalación por el presente esta liberada de cualquier responsabilidad y el suscrito libera de toda responsabilidad a la instalación por cumplir con esta autorización.
5. La instalación no condicionará el tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad de beneficios si firmo esta autorización, excepto, para propósitos relacionados de investigación y de otra manera permitida bajo la legislación aplicable.
6. Mi autorización firmada (escrita) se vencerá en noventa (90) días a menos que yo provea una fecha o evento de vencimiento alterno. Esta autorización no aplica a cualquier fecha de servicio que ocurre después de la fecha que esta autorización fue firmada. El Portal de Acceso al Paciente se vencerá tras la terminación de la cuenta del Portal.
7. Si la instalación usa o divulga mi información de salud protegida para propósitos de mercadeo, la instalación no recibirá salario o compensación por dicho uso o divulgación para propósitos de mercadeo a menos que el Coordinador de Privacidad de WTH complete y firme la siguiente declaración:

Yo, _____ (firma del Coordinador de Privacidad de WTH) por la presente certifico que JMCGH recibirá salario o compensación por el uso o divulgación de la información de salud protegida de este paciente de _____ (escriba el medio de salario o compensación).

He leído y entendido esta autorización. Por el presente, yo autorizo la liberación, uso, y divulgación de lo pedido antedicho de la información de salud protegida acerca de mi persona.

Firma del Paciente	Firma del Representante Autorizado del Paciente	
Fecha	Descripción de la Autoridad del Representante Para Actuar por el Paciente	Número de Teléfono