

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha(s) del Servicio \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_

Yo, el que firma abajo, autorizo la divulgación o la solicitud de acceso a la información que se indica a continuación del expediente(s) médico del paciente nombrado arriba.

### **LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE SE NECESITA PARA:**

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación de Cuidados Médicos | <input type="checkbox"/> Militar      | <input type="checkbox"/> Seguridad Social /Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Seguro                           | <input type="checkbox"/> Uso Personal | <input type="checkbox"/> Otro: _____                   |
| <input type="checkbox"/> A efectos legales                | <input type="checkbox"/> Colegio      | _____  |

### **INFORMACIÓN PARA SER DIVULGADA O TENER ACCESO:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial y Físico                | <input type="checkbox"/> Reporte de Consulta        | <input type="checkbox"/> Récord de Sala de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Reportes Quirúrgicos              | <input type="checkbox"/> Dada de Alta/Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Cubierta de informes         |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio/Patología | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología     | <input type="checkbox"/> Otro _____                   |
|  | <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología     |   |

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Clínica) puede divulgar la información anteriormente mencionada a (indique el nombre o título del individuo o el nombre de la organización a quien se divulgarán los reportes y la dirección apropiada)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Individuo o de la Organización) Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, excepto cuando de otra manera sea permitido por ley. La información usada o divulgada por esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el que la recibe y no quedar protegida. Entiendo que la información indicada para ser divulgada puede incluir pero no se limita a: historial, diagnósticos y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad contagiosa, incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Entiendo que el tratamiento o pago no está condicionado a la firma de esta autorización, excepto en determinadas circunstancias como la de participación en programas de investigación, o la autorización de la divulgación de los resultados de pruebas con anterioridad a un empleo. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto la información que ya se haya divulgado en base a esta autorización. Entiendo que se puede cobrar un cargo de búsqueda/procesamiento y por copias de mi expediente médico de acuerdo a la Ley del estado de Mississippi.

Esta autorización vencerá ciento ochenta (180) días después de la fecha de mi firma a no ser que revoque la autorización antes de ese tiempo o a no ser que se indique de otra manera por fecha, evento o condición como se indica aquí:

Fecha \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Para uso del departamento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente

# Addresses and Phone Numbers

Please mail the requested documentation to the relevant hospital address, listed below. Note that individuals requesting medical records must present a government-issued photo ID at the time of pickup.

**Columbus Orthopaedic Clinic**

Release of Information

670 Leigh Drive

Columbus, MS 39705

1-662-328-1012

Columbus Orthopaedic Outpatient Center

Release of Information

640 Leigh Drive

Columbus, MS 39705

1-662-328-7123