

Ortho Carolina

Servicios de Gestión de Información de Salud/Departamento de Divulgación de Información

Envíe el formulario por correo a: 4601 Park Road, Suite 250, Charlotte, NC 28209

Solicitud de correo electrónico a: OrthoCarolinaMedRec@orthocarolina.com Teléfono 704-323-2049 / Fax 704-323-3806

AUTORIZACIÓN PARA ACCESO/USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por la presente autorizo el acceso, uso o divulgación de mi información de salud identificable individual como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y pueden aplicarse cargos adicionales.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ No. Registro Médico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Celular/Trabajo: _____

Información a ser divulgada:

Registro(s) médico(s) para las fechas de _____ a _____

Marque todos los que correspondan:

Notas de Consulta Informe Resumen de Alta Terapia Física Resultados de Laboratorio
 Reportes de RM Reportes de Tomografía Estado de Cuenta Detallado Otro (especificar) _____

Imágenes de Radiología para las fechas de _____ a _____

Marque todas las que correspondan:

Rayos X RM Tomografía Otro (especifique la parte del cuerpo) _____

Esta información es para ser divulgada a la siguiente persona o entidad **(DEBE SER COMPLETADA)**:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Propósito de la divulgación: Médico/Atención del Paciente Revisión Legal Seguro Uso Personal Otro _____

Las tarifas de copia de registros médicos están determinadas por la naturaleza/propósito de su solicitud y el formato/método de entrega.

Por favor tenga en cuenta* Si solicita tanto registros médicos como imágenes, hay una tarifa separada para cada solicitud.

Por favor marque su formato/método preferido para la recepción/divulgación de la información:

- Cargar registros médicos en el portal del paciente
- Enviar registros médicos por correo electrónico a la dirección proporcionada.
- Enviar imágenes de radiología por correo electrónico a la dirección proporcionada.
- Enviar los registros médicos por fax al número proporcionado.
- Enviar los registros médicos en papel por correo a la dirección proporcionada.
- Enviar un CD de imágenes de radiología por correo a la dirección proporcionada.
- Recoger los registros en _____ Llamar al (_____) - _____ cuando estén listos.

* Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con el tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, anemia de células falciformes, discapacidades psicológicas o psiquiátricas, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y el complejo relacionado con el SIDA (CRS), y/o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Orth Carolina, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que Orth Carolina haya tomado antes de recibir la revocación. Entiendo que Orth Carolina no puede obligarme a firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento en Orth Carolina, excepto:

- (i) cuando Orth Carolina me proporciona tratamiento relacionado con la investigación; o
- (ii) cuando Orth Carolina me proporciona atención médica únicamente con el propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a otra persona.

Por medio de la presente, libero a Orth Carolina, sus empleados, directivos y médicos de toda responsabilidad legal o culpabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento. Entiendo que, al firmar a continuación, estoy de acuerdo y certifico mi comprensión de todas las declaraciones anteriores. Esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma. **(Este formulario DEBE completarse antes de firmar).**

Firma del Paciente _____

Nombre: _____

Relación/Autoridad si la firma no es la del paciente. _____

Fecha: _____

Solo para uso del consultorio (A completar por el personal de OC si la solicitud se realiza en la clínica/consultorio):

Completado en el consultorio por: _____ Ubicación: _____ Fecha: _____