

Información del paciente:

TidalHealth

**Autorización para la Divulgación de información médica
(Authorization to Release Medical Information)**

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: 410-543-7075 Fax: 410-912-5794

Correo electrónico: inforelease@tidalhealth.org

Yo, el que suscribe, autorizo por el presente documento a TidalHealth a que divulgue copias de información de salud protegida (Protected health Information - PHI) al siguiente destinatario:

Destinatario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Propósito de la divulgación:

Marque el casillero si la divulgación es a pedido del paciente o de su representante autorizado

TidalHealth está autorizado para divulgar/solicitar los siguientes expedientes (por favor marque la información que desea que se envíe):

- Historia clínica completa Fecha(s) de servicio: _____
- Sólo los siguientes componentes de mi historia clínica (marque todos los que correspondan):
 - Cirugía como paciente externo Historia de ingresos y chequeos Medicina física
 - Expedientes de sala de emergencia Resumen de alta Medicina nuclear
 - Rayos X, electrocardiograma, electroencefalograma, exámenes de laboratorio Clínica
 - Informe de consultas Función pulmonar Informes de cirugía e informes de patología
 - Otro (especifique): _____
- Acceso a MyChart (Portal del paciente): _____

Es necesario incluir la dirección de correo electrónico del paciente

Autorizo a TidalHealth para que incluya la siguiente información en los expedientes que se divulguen (a menos que yo haya marcado los casilleros a continuación, la información descrita más abajo NO se divulgará):

- Expedientes de salud mental Expedientes de tratamiento por dependencia de drogas y/o alcohol
- Resultados de pruebas de VIH/SIDA Expedientes médicos recibidos de otro proveedor de servicios de salud

Los expedientes médicos recibidos de otros proveedores de servicios de salud no se divulgarán si dichos proveedores prohíben la re-divulgación.

Comprendo que, una vez que mi información se divulgue al destinatario, la información divulgada según esta autorización estará sujeta a re-divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad o seguridad.

TidalHealth no podrá condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a que otorgue o se niegue a otorgar esta autorización a menos que: (a) esta autorización sea para investigación clínica, en cuyo caso TidalHealth podrá condicionar el tratamiento relacionado con la investigación al otorgamiento de esta autorización; o (b) la atención médica que brinda TidalHealth sea exclusivamente con el fin de crear información sobre la salud para divulgar a una tercera parte (tal como un chequeo físico para el empleo), en cuyo caso TidalHealth podrá condicionar el proporcionar dicha atención médica al otorgamiento de esta autorización. Esta autorización caducará en un (1) año. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una revocación escrita a Privacy Officer, TidalHealth, Peninsula Regional 100 E. Carroll Street, Salisbury MD 21801.

Firma del paciente/representante

Relación o parentesco del representante

Dirección

Nombre del representante en letras de imprenta

Ciudad, Estado, Código

Describa la autoridad del representante para actuar

Fecha de la firma

Número de teléfono

en nombre del paciente (si firma como representante legal, por favor presente la documentación que fundamente dicha condición)

Debe entregarse una copia de esta autorización al paciente / representante.

NOTA: se podrán aplicar tarifas estándar según lo permite la ley.

