

Información del paciente:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

TidalHealth

**Autorización para la Divulgación de Información Médica
(Authorization to Release Medical Information)**

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

Correo electrónico: info@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

Fecha(s) del servicio: _____

Para esta autorización mi "información de salud" significa: **(marque todos los que correspondan):**

Historia clínica completa (TODA) Historia clínica resumida (alta, resumen, historial & exámenes físicos, apuntes operativos y resultados de pruebas)

Inclusión de información de otros proveedores/dependencias

Antecedentes de ingreso y exámenes físicos Informe de patología

Resumen del alta

Otros: _____

Historial como paciente externo

**** Por favor ponga sus iniciales abajo si la divulgación debe incluir:**

Historial de sala de emergencias

_____ Historial de drogas y alcohol

Informes de pruebas diagnósticas y resultados (laboratorio, radiografías y otros resultados de pruebas)

_____ Historial de salud mental

Imágenes digitales (CD)

_____ Historial de salud reproductiva

Informe operativo

_____ Otros: _____

Acceso a MyChart (portal del paciente): _____

Debe incluirse el correo electrónico del paciente

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

Fecha de la firma

Número de teléfono

Debe entregarse una copia de esta autorización al paciente/representante. NOTA: se podrán aplicar tarifas estándar según lo permite la ley.

