

TidalHealth Inc.
Gestión de la información médica
Teléfono: 410-543-7075 Fax: 410-543-7056
Correo electrónico: info@tidalhealth.org

**Autorización de TidalHealth para divulgar
información médica**
(Authorization to Release Medical Information)

☐ TidalHealth Península Regional ☐ TidalHealth Nanticoke ☐ TidalHealth Atlantic ☐ TidalHealth Urgent Care

☐ TidalHealth Primary & Specialty Care - especifique el nombre del médico o el consultorio: _____

Propósito de la divulgación: (debe completarse) _____

Información del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a TidalHealth a divulgar copias de información médica protegida (protected health information, PHI) al siguiente destinatario:

Divulgar a:

Nombre: _____ Fax: _____

Dirección: (incluya ciudad, estado y código postal si es correo) _____

Teléfono: _____ Fecha(s) del servicio: _____

Para esta autorización mi "información médica" es: (marque todo lo que corresponda): ☐ CD ☐ Historial en papel

☐ Historia clínica completa (TODO)

☐ Registros de salud conductual

☐ Notas quirúrgicas y resultados de pruebas

☐ Registros de salud reproductiva

☐ Informe de patología

☐ Otra: _____

☐ Historial de admisión/resumen del alta

☐ Registros de tratamiento por drogas y alcohol (*SUD)

☐ Registro de paciente ambulatorio

Aviso: la Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. No podrán ser divulgados nuevamente excepto en cumplimiento con la Parte 2 del Título 42 del CFR.

☐ Registro de la sala de emergencias

☐ Informes de pruebas de diagnóstico/resultados (laboratorio, radiografías y otros resultados de pruebas)

Acceso a MyChart (Portal del paciente): _____

Se requiere la dirección de correo electrónico del paciente

☐ Acceso por poder, nombre del apoderado: _____ Correo electrónico del apoderado: _____

Las historias clínicas recibidas de otros profesionales de atención médica no se divulgarán si dicho profesional prohíbe su posterior divulgación.

Entiendo que una vez que mi información sea divulgada al Destinatario, la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva 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 los beneficios a la concesión o la negativa a conceder esta Autorización. Salvo que: (a) esta Autorización sea para investigación clínica, en cuyo caso TidalHealth podrá condicionar el tratamiento relacionado con la investigación a la presentación de esta Autorización; o (b) la atención médica proporcionada por TidalHealth sea únicamente con el propósito de crear información médica para su divulgación a un tercero (como un examen físico laboral), en cuyo caso TidalHealth podrá condicionar la prestación de dicha atención médica a la presentación de esta autorización. Esta autorización caducará en un (1) año. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una revocación por escrito al Responsable de Privacidad, TidalHealth Península Regional, 100 E. Carroll St., Salisbury MD



2 0 1 4 3 6 A

Firma del paciente/representante

Relación del representante

Dirección

Nombre del representante en letra de imprenta

Ciudad, estado, código postal

Describa la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente (si firma como representante legal, adjunte la documentación que acredite su condición)

Fecha de la firma

Número de teléfono