

PARKRIDGE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
Divulgación de información - Nashville Health Information Management Service Center (HSC)
552 Metroplex Drive, Nashville Tennessee 37211
Teléfono: 615.695.8700 Teléfono gratuito: 1-866-270-2311 Fax: 1-877-865-9738

Sección A: debe llenarse esta sección para todas las autorizaciones					
Nombre del paciente*:		Fecha de nacimiento*:		Cuatro dígitos últimos del Nro. Seguridad Social (optativo):	
Nombre del proveedor médico: Parkridge Valley Hospital		Nombre de la persona atendida*:		Teléfono de la persona atendida*:	
Dirección del proveedor médico: 2200 Morris Hill Rd, Chattanooga, TN 37421		Dirección*:			
Correo electrónico (escribalo con letra de imprenta si marcó la opción abajo):		Ciudad*:		Estado*:	Código postal*:
Pedido de entrega (recibirá copia impresa si deja este espacio en blanco): <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Soporte electrónico, si lo hay (dispositivo USB, CD o DVD) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> cifrado <input type="checkbox"/> sin cifrar.					
NOTA: si el hospital no puede dar una copia electrónica según lo pedido, usará un método alternativo de entrega, como una copia impresa. Existe el riesgo de que terceros no autorizados puedan ver la información médica personal del paciente si éste la recibe en soporte electrónico o por correo electrónico sin cifrar. El hospital no será responsable del acceso no autorizado a la información médica personal incluida en este formato ni de los riesgos corridos por el paciente (virus electrónicos, por ej.) si la recibe en formato electrónico o por correo electrónico en su computadora u otro dispositivo.					
Nota: esta autorización caducará noventa (90) días después de la fecha de su firma, excepto instrucciones en contrario abajo indicadas.					
Fecha*:		Evento*:			
Objeto de la divulgación de información:					
Hospital que divulgará los antecedentes médicos:		PARKRIDGE VALLEY HOSPITAL			
Descripción de la información sujeta a uso o divulgación*					
Descripción*: marque todas las opciones aplicables	Fechas*	Descripción: marque todas las opciones aplicables	Fechas*	Descripción: marque todas las opciones aplicables	Fechas*
<input type="checkbox"/> Todos los datos de la ficha clínica <input type="checkbox"/> Resumen de alta médica <input type="checkbox"/> Indicaciones/Plan de alta <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos <input type="checkbox"/> Interconsultas <input type="checkbox"/> Notas médicas de evolución		<input type="checkbox"/> Evaluación de ingreso <input type="checkbox"/> Evaluación de enfermería <input type="checkbox"/> Evaluación sicosocial <input type="checkbox"/> Estudios de laboratorio/especiales <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de traslado <input type="checkbox"/> Información del servicio de urgencias		<input type="checkbox"/> Imágenes/Radiología <input type="checkbox"/> Estudios cardíacos/EKG <input type="checkbox"/> Ficha descriptiva <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> Formulario UB-92: <input type="checkbox"/> Carta de estancia hospitalaria <input type="checkbox"/> Otros:	
Habiendo reconocido la inclusión de datos sobre consumo de bebidas alcohólicas, abuso de drogas, pruebas siquiátricas, descartes de VIH y resultados, o información sobre SIDA en la información médica, consiento en su divulgación. (iniciales*)					
Entiendo lo siguiente*: 1. Esta autorización es estrictamente voluntaria y puedo negarme a firmarla. 2. No se permite usar mi firma en esta autorización como condición de tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. 3. Puedo revocar por escrito la autorización cuando lo desee. Si lo hago, mi decisión no afectará las medidas ya tomadas antes de recibir la revocación de autorización. El aviso de métodos de protección de la información confidencial contiene más detalles al respecto. 4. Si el peticionario o la persona atendida no son un plan de seguro médico ni un profesional médico, cesará el amparo federal de la información divulgada, que podrá quedar sujeta a divulgaciones secundarias. 5. Puedo ver la información descrita en este formulario y obtener una copia a pedido tras el pago de una suma módica. 6. Puedo obtener una copia de este formulario luego de haberlo firmado.					
Tras haber leído la descripción anterior, autorizo la divulgación de la información médica protegida según lo ya indicado.					
Firma del paciente o de su representante*:				Fecha*:	
Nombre del paciente o de su representante en letra de imprenta*:				Parentesco con el paciente*:	
ROI Actualizado el 20 de abril de 2015					

40155/v2549 - Español

ROI

ROI

Campos con * son requeridos