

**Autorivacion Para Divulgar la Informacion Medica Protegida**

Para ser completado por el paciente o el representante autorizado del paciente:

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Direccion

Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono

Yo autorizo a Little River Medical Center (marque la categoria que corresponda):

Obtener la siguiente information de salud protegida de:

Nombre del doctor o proveedor

Direccion

Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono Numero de Fax

Note: Fax Medical records to Little River Medical Center at 843-663-8100 or mail to P.O. Box 547 Little River, SC 29566.

Or/O:

- Divulgar mi information medica confidencial tal como esta descrito a continuacion:
- A mi / o

Nombre

Nombre de Agencia

Direccion Ciudad

En el siguiente metodo preferido:

- copias por correo
- copias por fax
- copias para ser recogidas
- inspeccion
- Otro: \_\_\_\_\_

Con el siguiente proposito(s): \_\_\_\_\_

Autorización es para el uso y divulgación de los siguientes registros:

- Registros Médicos
- Registros Farmacia
- Registros de Facturación
- Registros de salud mental
- Reportes de tratamiento de drogas y alcohol
- Registros dentales
- Radiografías y otros informes de radiología
- Notas de Psicoterapia
- SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Otro: \_\_\_\_\_
- Todo lo anterior

Mi autorización se refiere a la información generada en las siguientes fechas o en el siguiente periodo de tiempo.

Mi autorización es dada libremente con el entendimiento que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto cuando la información ya haya sido revelada bajo esta autorización, siempre que mi revocación sea por escrito, la revocación debe ser enviada a la atención del Oficial de Privacidad Administrativo a 4303 Live Oak Drive, Little River, SC 29566 or by (o por) fax to (al) 843-663-8100.
- LRMC no condicionará mi tratamiento basado en la información provista en esta autorización
- Esta autorización es vigente por un periodo de 12 meses de la fecha que está firmada o antes si yo lo especifico abajo
- Una fotocopia o fax de esta autorización sirve lo mismo que la original.
- El Centro Médico, sus directores, oficiales, empleados, socios, agentes y voluntarios quedan liberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento
- Yo recibiré una copia de esta autorización firmada si la autorización es a petición del Centro de Salud

**Esta autorización se vence el:** \_\_\_\_\_

(12 meses a partir de la fecha en que fue firmada)

Firma de Paciente	Fecha
Firma del Representante del Paciente	Fecha
Autoridad con que el Representante Personal actúa en nombre del Paciente	
LRMC Witness Signature/Firma del Testigo	Fecha