



St. Thomas East End Medical Center Corporation
4605 Tutu Park Mall, Sala 207
P.O. Box 503177
St. Thomas, VI 00805-3177

OFFICIAL USE	
PT#:	_____
INFO:	_____

I:	RD: _____

Tel: (340)775-3700
Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

Formulario de Autorización de Divulgación del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Escriba en Molde)

Telefono #: _____ Correo electronico: _____

Autoricé la divulgación de mi información médica protegida sólo de la manera específica, por la razón nombrada y a las personas específicas que se describen a continuación.

Información que se utilizará o divulgará:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas/
Tratamiento * | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Radiografía |
| <input type="checkbox"/> Registro de Conducta de Salud | <input type="checkbox"/> Historial Médico Completo | <input type="checkbox"/> Laboratorios/
Curso | <input type="checkbox"/> Enfermedad de
Transmisión Sexuall
(ETS) |
| <input type="checkbox"/> Consultar/Referir | <input type="checkbox"/> Visita a Urgencias | <input type="checkbox"/> Registro Prenatal | <input type="checkbox"/> Carta SSA |
| <input type="checkbox"/> Radiografía Dental | <input type="checkbox"/> Tratamiento relacionado con
el VIH /SIDA | <input type="checkbox"/> Procedimiento | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro Dentales | <input type="checkbox"/> Inmunización | <input type="checkbox"/> Nota de Progreso | |

*Las regulaciones 42 CFR 2 Parte 2 limitan la disponibilidad de registros de abuso de sustancias para asegurar que las personas en un programa de tratamiento no más vulnerables con respecto a su privacidad que aquellos que no buscan tratamiento. La información cubierta no solo puede ser divulgada o utilizada según lo permitido por estas regulaciones y no puede ser divulgada o utilizada de otra manera en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por ninguna autoridad federal, estatal o local. Para la (s) fecha (s) de servicio desde: _____ hasta _____

Motivo del uso solicitado de la divulgación (marque uno):

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente (Motivo Personal) | <input type="checkbox"/> Militar |
| <input type="checkbox"/> Continuidad de Atención | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo relacionado con el empleo o para comprobar reclamo por discapacidad | |

Divulgar mi información médica a (Marque uno):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro Médico | <input type="checkbox"/> Proporcionarme una copia de mi información médica. |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> STEEMCC |

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Recibir mi información de (Marque uno):

- Centro Médico

- STEEMCC

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo Electrónico: _____

En caso (relacionado con la paciente o el propósito de la divulgación): _____

Esta autorización vencerá en **90 días**. El tiempo de procesamiento es de **5 a 10 días hábiles**. Si el personal necesita más tiempo, el paciente será contactado.

Esta autorización establece que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea proveída por escrito al Oficial de Privacidad en esta práctica, excepto si esta práctica ha tomado medidas basándose en este consentimiento o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

Attention: Privacy Officer

St. Thomas East End Medical Center Corporation

4605 Tutu Park Mall, Suite 207

P.O. Box 503177

St. Thomas, VI 00805-3177

Email: privacyofficer@steemcc.org

- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las reglas de privacidad de HIPAA.

- Esta práctica no condicionará el tratamiento a que yo proporcione autorización para el uso o divulgación solicitado.

- Tengo derecho a acceder a mi información médica protegida para que sea utilizada o divulgada.

- Recibiré una copia de este formulario de autorización completado y firmado.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor escriba en molde a relación con el paciente (si es firmada por un representante personal del paciente): _____