

+

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo (seleccionar los lugares apropiados) para usar o divulgar mi información de salud como se describe a continuación.  
 Mission Hospital       Angel Medical Center       Blue Ridge Regional Hospital       CarePartners  
 Highlands-Cashiers Hospital       McDowell Hospital       Transylvania Regional Hospital  
 Práctica del médico \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Divulgar la información solicitada (seleccione a continuación) de mis registros médicos / los registros del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre (instalación, persona, organización) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad /Estado \_\_\_\_\_

Teléfono/ Fax \_\_\_\_\_

Acceder a la información solicitada (seleccione a continuación)  
 Inspeccionar/ver mi PHI (Información médica protegida)  
 Inspeccionar/ver un resumen o explicación de mi PHI;  
 Obtener una copia de mi PHI; u  
 Obtener una copia de un resumen o explicación de mi PHI

Usar mi información médica protegida para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

Propósito de divulgación:  Legal  Seguro  Personal  Asistencia sanitaria  Remuneración del trabajador  Otro: \_\_\_\_\_

**Hospitales**

Juego básico (Resultados laboratorio/Rad, Notas de proveedor, H&P, Nota Op)  
 Juego completo (Documentación básica y clínica, Otro)  
 Registro de ER  Resultados de laboratorio  Reporte de patología  
 EKG/Estudios cardíacos  Reportes de Rayos-X  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Clinicas / Oficina**

Resultados de laboratorio  Información de facturación  
 Registro completo  
 Visitas de oficina  Exámenes físicos  
 Otro: \_\_\_\_\_

\*Liberación de documentos no incluye notas de psicoterapia

Fecha(s) de tratamiento(s): \_\_\_\_\_ Formulario Solicitado por:  Medio electrónico  Copia en papel  Ver solamente (con cita)  Otro: \_\_\_\_\_  
Método de entrega:  Correo postal  Buscar en persona  Fax \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

MI firma abajo indica que entiendo lo siguiente:

- Esta autorización para la liberación de mi información de salud es voluntaria, lo que significa que no tengo que autorizar esta liberación o firmar este formulario.
- Según proceda, esta liberación puede incluir información relacionada con el comportamiento/salud mental, tratamiento de drogas y abuso de alcohol, información genética, el VIH/SIDA, y otras enfermedades de transmisión sexual, a menos que sean limitados por las secciones anteriores.
- Mi decisión de firmar esta autorización no tendrá un efecto en el tratamiento proporcionado a mí por el proveedor de servicios de salud, el costo de ese tratamiento, o mis beneficios.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito al departamento HIM de Mission Health.
- La revocación de esta autorización no afectará cualquier divulgación hecha antes de revocar esta autorización.
- A menos que se revoque o una fecha de caducidad se indica aquí \_\_\_\_\_, esta autorización caducará en 90 días.
- Después de liberar mi información puede no estar protegida por las regulaciones de privacidad, lo que significa que la persona recibiendo la información puede ser capaz de compartir esa información sin mi permiso.
- Mission Health no utilizará o compartirá mi información de salud sin mi permiso, excepto lo que permite o exija la ley.
- Este formulario no será utilizado para la comercialización o investigación.
- Una cuota puede ser cobrada por proporcionar los informes médicos solicitados.
- Puedo pedir y obtener una copia de esta autorización. Una copia legible/fax de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que el original.

Por la presente autorizo el acceso, uso o divulgación de mi información de salud como se describe en este formulario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante

Si es el representante, por favor indicar su relación con el paciente.

Padre/Madre  Tutor legal  Albacea de la herencia  Poder legal  Otro: \_\_\_\_\_

Prueba de la documentación de la relación puede ser necesaria

Información del contacto:

HIM Department,  
509 Biltmore Ave  
Asheville, NC 28801 (828) 213-0636

DO NOT WRITE IN MARGINS

MHS-04640-115-0915



04640-105

MISSION HEALTH

**Autorización para el  
acceso, uso, o  
divulgación de  
información médica  
protegida**

