Autorización para la Divulgación de Información de Salud

PARTE 1 **AUTORIZACION** (Información del Paciente)
Yo autorizo al Hospital Regional de Columbus u (otra empresa) _____
para que comunique la siguiente información de registros médicos de:

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección:_____ **Teléfono:** _____
_____ **No. de Registro Médico:**_____

Apellido de soltera u otro nombre al momento del servicio:_____
Fecha del Servicio de Cuidado de la Salud:
De: (fecha) _____ A: (fecha)_____

PARTE 2 **INFORMACION QUE SERA COMUNICADA**

- ☐ Resumen de alta
- ☐ Reporte del Laboratorio
- ☐ Reporte de Patología
- ☐ Notas de Progreso
- ☐ SANE Registros
- ☐ Otro_____
- ☐ Historial y Examen Físico
- ☐ Reporte de Radiología
- ☐ Reporte de Consulta
- ☐ Reporte de sala de Emergencias
- ☐ SANE fotos
- ☐ Reporte de Cirugía
- ☐ Placas de Radiología
- ☐ Registros de Terapia (PT, OT, ST)
- ☐ Contabilidad de divulgaciones
- ☐ Todos los Registros Médicos

Entiendo que esta autorización incluirá información relacionada con (seleccionar si aplica):
☐ SIDA, Reporte de VIH ☐ Tratamiento por abuso de alcohol y /o drogas ☐ Registro de salud mental

PARTE 3 Esta información es para comunicarse / darse a: ☐ MyChart

_____
_____
_____

Con el propósito de: _____

PARTE 4 El personal, oficiales, y doctores del Hospital Regional de Columbus por medio de la presente están liberados de cualquier responsabilidad legal u obligación por la comunicación de la información anterior en la medida aquí indicada y autorizada.

PARTE 5 Yo entiendo que esta Autorización expirará 60 días después de la fecha en que se firmó y está sujeta a una anulación escrita en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento excepto en la medida en que acción haya sido tomada en cumplimiento a lo aquí autorizado.

_____ _____/_____/_____
Firma del Paciente o Representante Legal **Fecha**
(Indicar parentesco si no es el paciente: ☐ Padre / Tutor ☐ Representante Personal del Paciente)

_____ _____/_____/_____ ID Verificada ☐ Si ☐ No
Firma del Testigo **Fecha**

PARTE 6 **ANULACION:**

Deseo anular esta autorización: (firma y fecha): _____ _____
Persona testigo de la anulación: (firma y fecha): _____ _____

Cualquier comunicación de Información de Registros Médicos hecha por el recibidor esta prohibida excepto cuando están sobrentendidos los propósitos de esta comunicación.

This authorization complies with 45 CFR 164.508 and IC 16-39-1-4

MR-19 S (01/17/2022)

COLUMBUS REGIONAL HOSPITAL
2400 EAST 17TH STREET, COLUMBUS, INDIANA 47201
1-800-841-4938 812-379-4441
www.crh.org

Authorization for Disclosure of Health Information

PATIENT LABEL
OR
Patient Name:_____
DOB:_____/_____/_____
MR #: _____