Nombre del paciente:_____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento:_____ Número de teléfono: _____

1. Autorizo que Saint Thomas Health:

☐ Saint Thomas DeKalb ☐ Saint Thomas Hickman ☐ Saint Thomas Highlands ☐ Saint Thomas Midtown
☐ Saint Thomas River Park ☐ Saint Thomas Rutherford ☐ Saint Thomas Stones River ☐ Saint Thomas West
☐ Saint Thomas Medical Partners _____

☐ Use mi información de salud como se describe a continuación; y / o
☐ Divulgue mi información de salud a la siguiente persona u organización:

_____

Dirección postal (requerida):_____

Dirección de correo electrónico:_____

2. Los propósitos para el uso o divulgación son los siguientes:_____

_____

3. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará son los siguientes:
Información de salud que cubre el tratamiento de

_____ , _____ a _____, _____
Fecha de servicio Fecha de servicio

☐ Abstracto (Incluye H&P, notas de progreso, informes de procedimientos, Consulta, DS, Pruebas de diagnóstico y todos los informes dictados.)
☐ Copia de registro médico solamente
☐ Copia del registro completo (registros médicos y registros financieros)
☐ Historial y examen físico (H&P)
☐ Resumen de alta (DS)
☐ Informe Operativo/de Procedimiento (OP)
☐ Informe de patología
☐ Informe de laboratorio
☐ Informe de rayos X
☐ Consulta

Otro: _____

_____

4. Entiendo que mi información de salud puede que incluya información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede que incluya información sobre servicios de salud mental o conductual, y tratamiento para abuso de drogas y alcohol.

5. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Administración de Información Sanitaria. Entiendo que mi revocación no se aplicará a la medida en que Saint Thomas Health haya tomado en virtud de esta autorización. Entiendo que mi revocación no se aplicará si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la ley le otorga a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza o la póliza misma. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____
Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.

6. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Saint Thomas Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en su plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios al firmar esta autorización. Entiendo que, si autorizo a Saint Thomas Health a divulgar mi información de salud, la información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, por lo que puede que ya no esté protegida por ciertas regulaciones federales de privacidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar a los Departamentos de Administración de Información Sanitaria de Saint Thomas Hickman al 931-729-7271 ext. 3770, Saint Thomas Midtown al 615-284-8223, Saint Thomas Rutherford al 615-396-4130, Saint Thomas West al 615-222-6434, Saint Thomas DeKalb al 615-215-5382, Saint Thomas Highlands al 931-738- 4160, Saint Thomas River Park al 931-815-4133, Saint Thomas Stones River al 615-563-7226.

7. **Por favor enviar por ☐ Correo postal ☐Correo electrónico**

_____ _____ _____
Firma del Paciente o Representante Legal Fecha Hora

_____
Si está firmado por el representante legal, parentesco con el paciente TIENE QUE LLENAR TODAS LAS LÍNEAS EN BLANCO

ROI2800
REV - 02/04/20 Forma # STHS490

Ascension Saint Thomas
Autorización para Divulgar
Información de Salud
Protegida