

LAWRENCE MEMORIAL HOSPITAL
CLÍNICAS de MÉDICOS de LMH
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Se requiere que el Hospital de Lawrence Memorial obtenga su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida (PHI) para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar esta autorización.

NOMBRE _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____

PHI – Liberación de: Lawrence Memorial Hospital Administración de la Información de la Salud 325 Maine Lawrence, KS 66044 785-505-3093	PHI – Comunicado: Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____																								
PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN: _____	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN: Si no se indique - esta autorización expirará 90 días a partir de la fecha de su firma																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">ARTICULO</th> <th style="text-align: left; width: 60%;">FECHA DE VISITA (S)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen del caso final</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historia y Física</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consulta</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Operativo/Procedimiento</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)	<input type="checkbox"/> Resumen del caso final	_____	<input type="checkbox"/> Historia y Física	_____	<input type="checkbox"/> Consulta	_____	<input type="checkbox"/> Operativo/Procedimiento	_____	<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología	_____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 40%;">ARTICULO</th> <th style="text-align: left; width: 60%;">FECHA DE VISITA (S)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Radiología Imágenes</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros (Lista)</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oficina Médica (especificar)</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)	<input type="checkbox"/> Radiología Imágenes	_____	<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia	_____	<input type="checkbox"/> Otros (Lista)	_____	<input type="checkbox"/> Oficina Médica (especificar)	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____
ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)																								
<input type="checkbox"/> Resumen del caso final	_____																								
<input type="checkbox"/> Historia y Física	_____																								
<input type="checkbox"/> Consulta	_____																								
<input type="checkbox"/> Operativo/Procedimiento	_____																								
<input type="checkbox"/> Laboratorio/Patología	_____																								
ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)																								
<input type="checkbox"/> Radiología Imágenes	_____																								
<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia	_____																								
<input type="checkbox"/> Otros (Lista)	_____																								
<input type="checkbox"/> Oficina Médica (especificar)	_____																								
<input type="checkbox"/> _____	_____																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;">SI</th> <th style="text-align: left; width: 40%;">DROGAS Y ALCOHOL PHI</th> <th style="text-align: left; width: 30%;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>VIH/SIDA PHI</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>PRUEBA GENÉTICA</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	SI	DROGAS Y ALCOHOL PHI	NO	_____	_____	_____	_____	VIH/SIDA PHI	_____	_____	PRUEBA GENÉTICA	_____	Usted debe poner sus iniciales en el espacio apropiado que se aplica a la autorización para la divulgación de esta información específica de atención médica protegida. Para la divulgación de la salud mental, la psicoterapia PHI, vea el reverso de este formulario.												
SI	DROGAS Y ALCOHOL PHI	NO																							
_____	_____	_____																							
_____	VIH/SIDA PHI	_____																							
_____	PRUEBA GENÉTICA	_____																							

Puedes:

- Solicitar a inspeccionar o copiar la información que LMH tiene la intención de revelar.
- Negarse a firmar esta autorización.
- Revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, mediante la entrega de una revocación por escrito al Director de Información de Salud de Servicios de Gestión, Lawrence Memorial Hospital, o su designado / a, salvo en la medida en que LMH ya ha publicado información en virtud de esta autorización.

LMH podrá:

- NO requiere que usted firme esta autorización para recibir tratamiento.
- Evaluar las tasas apropiadas y razonables para la copia de dicha información. Dichas comisiones deberán cumplir con las leyes federales y estatales.

He leído la información anterior y autorizo a Lawrence Memorial Hospital a divulgar la información identificada a la persona (s) y para la finalidad descrita en el presente documento. Entiendo que, al firmar este documento, libero y descargo Lawrence Memorial Hospital de cualquier y toda responsabilidad y mantendré Lawrence Memorial Hospital inofensivo para cualquier liberación hecha de conformidad con esta autorización. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información descrita no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información puede ser revelada y ya no protegida por estas regulaciones.

Firma de la persona autorizada a dar su consentimiento para el paciente

Fecha

Relación con el paciente

Testigo/Witness

Fecha

Testigo/Witness

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SALUD MENTAL, NOTAS DE PSICOTERAPIA

Se requiere que el Hospital de Lawrence Memorial obtenga su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida (PHI) para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar esta autorización.

NOMBRE _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de seguro social _____

PHI – Liberación de: Lawrence Memorial Hospital Administración de la Información de la Salud 325 Maine Lawrence, KS 66044 785-505-3093	PHI – Comunicado: Nombre _____ Dirección _____ Ciudad Estado Código Postal _____ Teléfono _____				
PROPÓSITO DE DIVULGACIÓN: _____ _____	FECHA DE VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN: _____ Si no se indique - esta autorización expirará 90 días a partir de la fecha de su firma				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">ARTICULO</td> <td style="width: 50%;">FECHA DE VISITA (S)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud Mental/Notas de Psicoterapia</td> <td>_____</td> </tr> </table>		ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)	<input type="checkbox"/> Salud Mental/Notas de Psicoterapia	_____
ARTICULO	FECHA DE VISITA (S)				
<input type="checkbox"/> Salud Mental/Notas de Psicoterapia	_____				

Puedes:

- Solicitar a inspeccionar o copiar la información que LMH tiene la intención de revelar.
- Negarse a firmar esta autorización.
- Revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, mediante la entrega de una revocación por escrito al Director de Información de Salud de Servicios de Gestión, Lawrence Memorial Hospital, o su designado / a, salvo en la medida en que LMH ya ha publicado información en virtud de esta autorización.

LMH podrá:

- NO requiere que usted firme esta autorización para recibir tratamiento.
- Evaluar las tasas apropiadas y razonables para la copia de dicha información. Dichas comisiones deberán cumplir con las leyes federales y estatales.

He leído la información anterior y autorizo a Lawrence Memorial Hospital a divulgar la información identificada a la persona (s) y para la finalidad descrita en el presente documento. Entiendo que, al firmar este documento, libero y descargo Lawrence Memorial Hospital de cualquier y toda responsabilidad y mantendré Lawrence Memorial Hospital inofensivo para cualquier liberación hecha de conformidad con esta autorización. Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información descrita no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información puede ser revelada y ya no protegida por estas regulaciones.

Firma de la persona autorizada a dar su consentimiento para el paciente

Fecha

Relación con el paciente

Testigo/Witness

Fecha

Testigo/Witness

Fecha

