

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Reporte de Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Reporte del Laboratorio | <input type="checkbox"/> Reporte de Radiología | <input type="checkbox"/> Placas de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Patología | <input type="checkbox"/> Reporte de Consulta | <input type="checkbox"/> Tipo de placas _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Reporte de sala de Emergencias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Todos los Registros Médicos | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Registros de Terapia (PT, OT, ST) |
| <input type="checkbox"/> Enlistado de Declaraciones | | |

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: _____

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)

Firma del Testigo _____ / ____ / ____ ID Verificada Si No
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 receptor 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



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 #: _____