



MRN/FIN _____

Autorización de divulgación de información & para uso/divulgación de información médica protegida (PHI)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: La siguiente información es necesaria para ayudar al proveedor a localizar los registros médicos del paciente		
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:
Dirección del paciente:		Teléfono:
Ciudad/Estado/Zip:	Dirección de correo electrónico:	Celda/Alternativa #
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo a Morgan Medical Center (MMC)/Morgan Physician Services (MPS) a recibir registros (PHI) de las instalaciones o HIE revisados a continuación		
Oficina del proveedor/médico	Teléfono	fax
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Commonwell Health Information Exchange (HIE): Esto permite a MMC acceder a mis registros médicos para mi seguridad y atención, incluidas las alergias, los medicamentos, los resultados de diagnóstico. Esto permitirá al personal de MMC proporcionarle el tratamiento médico más preciso.		
DIVULGACIÓN: Registros que se divulgarán a la persona o entidad que se indica a continuación por: <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Secure Email Port a l <input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Fax		
nombre:		Correo electrónico:
Dirección:		
Ciudad/Estado/Zip:		
Teléfono:		fax:
propósito:	<input type="checkbox"/> solicitud de paciente/representante	<input type="checkbox"/> Otros
DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: Las fechas aplicables de la → de servicio		
<input type="checkbox"/> registro médico completo <input type="checkbox"/> registro de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> informes de laboratorio <input type="checkbox"/> registro financiero / estado de cuenta detallada		
<input type="checkbox"/> Abstract of Record* <input type="checkbox"/> Radiology CD <input type="checkbox"/> Radiology Reports <input type="checkbox"/> Mammogram Report <input type="checkbox"/> Other:		
* Un resumen del registro incluye el historial / informe físico, operativo, consulta & resumen informes de descarga y pruebas de diagnóstico.		
Autorización para el uso/divulgación de información médica protegida		
Entiendo que la información que estoy autorizando a los proveedores de Morgan Medical Center anteriores a usar / divulgar puede incluir información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, abuso de sustancias, dependencia química y abuso de alcohol, incluidas comunicaciones psiquiátricas o psicológicas privilegiadas y otra información detallada de salud mental; enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, las enfermedades venéreas, la tuberculosis o la hepatitis; y pruebas genéticas o información derivada de pruebas genéticas. Por la presente renuncio y privilegios con respecto a dicha información para la divulgación a la persona o entidad que he autorizado anteriormente. Entiendo que la información utilizada / divulgada de conformidad con esta autorización no incluirá notas de psicoterapia que son notas grabadas por un profesional de la salud mental que documentan o analizan el contenido de la conversación durante la sesión de asesoramiento que se mantienen separadas del resto del registro médico.		
Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una re-divulgación por parte del destinatario de la información y entonces ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.		
Entiendo que a menos que las regulaciones estatales o federales limiten lo contrario, puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi revocación por escrito al Oficial de Privacidad de Atención de MMC / MPS, P. O. Box 860, Madison, GA 30650, excepto en la medida en que dicha entidad haya actuado en dependencia de esta autorización.		
Entiendo que esta autorización es específica para la información, propósito y fecha (s) del servicio indicado anteriormente. Además, entiendo que esta autorización es válida por 90 días a partir de la fecha de hoy y expirará en ese momento a menos que se escriba otra fecha aquí →:		
Nota: Puede haber tarifas por el suministro de la información solicitada; sin embargo, los registros para fines de tratamiento pueden enviarse por fax al proveedor de atención médica del paciente cuando se solicite sin cargo alguno. En la mayoría de las circunstancias, las leyes aplicables permiten hasta treinta (30) días para que se procesen las solicitudes de registro.		

Paciente o representante legal* Por favor IMPRIMA el nombre de la fecha y hora de hoy

Por favor Correo electrónico, correo o fax este Divulgación de información Formulario &a Copia de licencia de conducir Para:

Morgan Medical Center/HIM oficina

Dirección postal: P. O. Box 860, Madison, GA 30650

Fax: 706-752-2288 Teléfono: 706-752-2243 Correo electrónico: HIMMailingGroup@mmh.org



MRN/FIN _____

*Como Representante Legal, mi relación con el paciente es: _____, Cualquier documento que proporcione dicha autoridad debe adjuntarse o estar archivado en MMC.

Solo para uso de Office:
Preparado por : _____ Fecha de llenado: ____□__

Por favor Correo electrónico, correo o fax este Divulgación de información Formulario &a Copia de licencia de conducir Para:
Morgan Medical Center/HIM oficina
Dirección postal: P. O. Box 860, Madison, GA 30650
Fax: 706-752-2288 Teléfono: 706-752-2243 Correo electrónico: HIMMailingGroup@mmh.org