MORTON HOSPITAL

Solicitud / Autorización del paciente para usar y/o divulgar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la(s) admisión(es) / visita(s) sean excluidas(es) específicamente(s) de la solicitud _____ (especifique las fechas de servicio)

8) FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN:

Atención médica Seguro legal Personal Otro: _____

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente por un año o:

Hasta que el **Hospital Morton** cumpla con esta solicitud.

Desde la fecha de esta Autorización hasta el _____ Día de _____ 20_____

Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

Otro: _____

10) REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola al **Hospital Morton** por escrito a la dirección que se indica a continuación.

La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Morton Hospital** reciba mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada **por Morton Hospital** que dependa de esta Autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Attention Health Information Management

Morton Hospital
88 Washington Street
Taunton, MA. 02780

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios en **Morton Hospital**.

12) POSIBLE REDIVULGACIÓN: Entiendo que la persona que recibe mi Información de salud protegida no está obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y es posible que mi Información de protección de salud ya no esté protegida por las leyes estatales y federales aplicables una vez que Morton Hospital la divulgue.

13) ACCESO: Entiendo que en ciertas circunstancias **Morton Hospital** tenía el derecho de negarme el acceso a la totalidad o partes de mi información de salud protegida **Morton Hospital** me notificará por escrito de tales denegaciones.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y / o divulgación de mi información de salud. Por mi firma a continuación, por la presente, a sabiendas y voluntariamente, autorizo a **Morton Hospital** a usar y / o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

14) _____
Firma del paciente Fecha

Nombre impreso del _____ testigo del paciente

For Office Use:

I.D. Verification _____

Firma del representante autorizado del paciente, si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta autorización:

15) _____
Fecha de firma del representante personal

Nombre impreso del representante del paciente

16) _____
Relación con el paciente o autoridad para actuar en nombre del paciente

Las preguntas sobre el alta deben dirigirse al Director de HIM del hospital.

For Office Use:

Copy of this authorization provided to the patient

Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA A MENOS QUE SE COMPLETEN TODAS LAS ENTRADAS APLICABLES UN FORMULARIO ESTÁ FIRMADO EN LA PÁGINA 2

Firma del personal que completa la solicitud

Imprimir Nombre

Fecha

Hora