

# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway Street  
Johnsonville, SC 29555  
843-386-3573 Fax: 843-386-2617

1708 Oak St. & 1608 N. Main Street  
Conway, SC 29526  
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Dr.  
Marion, SC 29571  
843-423-2400 Fax: 843-423-2070

## AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre MI Apellido de soltera

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Historia Clinica#: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año. Seguro Social

Dirección de la residencia/Codigo postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### Yo, por la presente autorizo a Health Care Partners of SC, Inc. (Porfavor seleccione una casilla):

- Obtener mi historia médica del proveedor médico que a continuación relaciono.
- Transerir mi historia médica del proveedor médico que a continuación relaciono.
- Entregar mi historia clinica a la persona autorizada que a continuación relaciono.

Nombre \_\_\_\_\_

Para mas preguntas o mas informacion  
Contactar al medico del paciente de HCP

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Número de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Informacion para Divulgar:

### Fecha

- Historia y examen fisico \_\_\_\_\_
- Notas de progreso \_\_\_\_\_
- Reportes de laboratorio \_\_\_\_\_
- Reportes de rayos X \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_

### Yo especificamente autorizo a divulgar la información relacionada a:

- Abuso de sustancias (incluida alcohol o abuso de drogas)
- Salud mental (incluida notas de psicoterapia-terapia psicologica)
- VIH informacion relacionada (pruebas de SIDA)

\_\_\_\_\_  
Firma del pacient o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PROPOSITO DEL ACCESO A LA INFORMACION

- Cambio de medico
- Consulta para segunda opinión
- Continuidad de la atención medica
- Legal
- Seguro médico
- Compensación laboral
- Escolar
- Otra \_\_\_\_\_

1. Yo entiendo que esta autorizacion expirara en \_\_\_\_\_ (90 dias a partir de la fecha en que fue firmada) o para el evento por el cual se firma este formulario.
2. Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier tiempo, mediante notificacion por escrito y sera efectiva en la fecha de la notificacion, salvo que la medida ya haya sido tomada.
3. Yo entiendo que la informacion usada o divulgada, de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de Privacidad.
4. Yo entiendo que si yo estoy iniciando la petición para que Health Care Partner of SC, Inc. divulgue esta informacion es con el siguiente proposito: \_\_\_\_\_ que
  - a. al autorizar esta divulgacion de información, mi atencion medica y el pago por mi atención medica no seran afectados si yo no firmo esta forma;
  - b. Yo entiendo, yo podre ver y copiar la informacion descrita en esta forma si yo la solicito, y obtener una copia de esta solicitud despues de firmarla;
  - c. Yo he sido informado por Health Care Partners of SC, Inc.  **recibira**  **o no recibira** compensación monetario o en especie a cambio por usar la información de salud descrita anteriormente.
5. Yo entiendo que de conformidad con los estatutos de Carolina del Sur, pagare el precio de \$ \_\_\_\_\_ por el valor de impresión de las copias. No hay cargo por las copias de la historia clinica, si esta es enviada a las dependencias para continuar con la atención o para seguir con el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha O Padre o representante legal Fecha

\_\_\_\_\_  
Historia clinica recibida for Fecha Relacion con el paciente Testigo Fecha

### FOR OFFICE USE ONLY

DATE REQUEST FILLED \_\_\_\_\_ FILLED BY \_\_\_\_\_

IDENTIFICATION PRESENTED: \_\_\_\_\_ FEE COLLECTED \$ \_\_\_\_\_

revised 10.13.2015 (SH)