

HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway Street
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573 Fax: 877-322-0181

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

243 Singleton Ridge Rd.
Conway, SC 29526
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Dr.
Marion, SC 29571
843-423-2400 Fax: 877-322-0181

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre MI Apellido de soltera

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ - ____ - ____ Historia Clinica#: _____
Mes/Dia/Año. Segur Social

Dirección de la residencia/Codigo postal: _____
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono 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:

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

Fecha

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 opinion 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** **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 Padre o representante legal Fecha

Historia clinica recibida for Fecha Relacion con el paciente Testigo Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REQUEST FILLED _____
IDENTIFICATION PRESENTED: _____

FILLED BY _____
FEE COLLECTED \$ _____

revised 4/8/2021 (SH)