



# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

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

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

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

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

## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Apellido de soltera u otro nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Historia Clínica#: \_\_\_\_\_  
 MES / DÍA / AÑO

Dirección (para envío de correo): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono para llamarle de día: \_\_\_\_\_ Teléfono para llamarle de noche: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Yo Autorizo a Health Care Partners of SC, Inc. a (Por favor seleccione):**

Obtener mi historia Clínica del médico que relaciono a continuación  
 Transferir mi historia Clínica al médico que relaciono a continuación

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección (para envío de correo): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Para preguntas o más información  
contacte al médico

\_\_\_\_\_

Información Para Divulgar:	FECHA
<input type="checkbox"/> Historia & Examen Físico	_____
<input type="checkbox"/> Notas De Evolución	_____
<input type="checkbox"/> Reporte De Laboratorio	_____
<input type="checkbox"/> Rayos X	_____
<input type="checkbox"/> Descuento/Documentación Financiera	_____
<input type="checkbox"/> Otra: _____	_____

Yo específicamente autorizo a divulgar información de:

Abuso de sustancias (incluidos Droga & alcohol)  
 Salud Mental (incluidas notas de terapia Psicológica)  
 VIH información relacionada (Pruebas de Sida)

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre / representante legal

\_\_\_\_\_

Fecha

MOTIVO DE DIVULGACIÓN:  Cambio de médicos  Consulta para una segunda opinión  Continuidad de la atención médica  
 Seguro médico  Compensación laboral  Aplicación para descuento  Escuela  Legal

- Yo, entiendo que esta autorización expirara en (90 días a partir de la fecha en que fue firmada) o para el evento por el cual se firma este formulario.
- Yo, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito y será efectiva en la fecha de la notificación, salvo que la medida ya haya sido adoptada.
- Yo, entiendo que la información 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.
- Yo, entiendo que si estoy iniciando la petición para que Health Care Partners of SC, Inc divulgue esta información es con el siguiente propósito \_\_\_\_\_ que
  - Al autorizar esta Divulgación de información mi atención medica y el pago de mi atención medica no serán afectados si yo no firmo este formulario.
  - Yo entiendo yo podre ver y copiar la información descrita en este formulario si yo lo solicito y obtener una copia de esta solicitud después de firmarla.
  - Yo he sido informado por Health Care Partners of SC, Inc.  Recibiré  No recibiré compensación económica o en especie a cambio por utilizar la información de salud descrita anteriormente.
- Yo entiendo, que de conformidad con los estatutos de Carolina del Sur, pagare \$ \_\_\_\_\_ (No hay cargo por las copias de la Historia Clínica, si esta es enviada a dependencias para continuar con la atención o para seguir con el tratamiento).

\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE FECHA FIRMA DEL PADRE / REPRESENTANTE LEGAL FECHA

RECIBIDA POR FECHA RELACIÓN CON EL PACIENTE TESTIGO FECHA

**FOR OFFICE USE ONLY**

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

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