

Autorizo a Scheurer Health a publicar copias de la información de salud protegida de las instalaciones marcadas a continuación:

Scheurer Primary Care: Caseville Elkton Sebewaing Pigeon Bad Axe

Scheurer Family Pharmacy: Pigeon Elkton Caseville Sebewaing

Scheurer Health Scheurer Specialty Care Scheurer Health FastCare Scheurer Family Vision Center

Country Gardens

Los registros enumerados a continuación están protegidos por la ley federal. Si desea que esta información se incluya con esta versión, inicialice solo los elementos que se incluirán.

_____ Abuso de alcohol y / o drogas, salud mental, servicios psicológicos, servicios sociales.

_____ Información sobre los resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), adquirida Enfermedad de inmunodeficiencia (SIDA) o enfermedades relacionadas tales como enfermedades e infecciones transmisibles.

Esta autorización vence dentro de los (60) días a partir de la fecha de firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Scheurer Health-Health Information Management Services y, si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de que se reciba la revocación. Puede haber excepciones para revocar esta autorización, lea su Aviso de prácticas de privacidad para descubrir sus derechos de revocación y excepciones a la revocación. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no son una condición para la firma de esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada. La información de salud protegida divulgada nuevamente, una vez divulgada según lo solicitado por el hospital, ya no estará protegida por la HIPAA (Ley de Responsabilidad de Portabilidad de Información de Salud) que incluye papel, facsímiles o medios electrónicos. Entiendo que el envío de registros médicos en papel a través del Servicio Postal de los EE. UU. Incluye el riesgo de pérdida o robo de los documentos. Al firmar a continuación, libero a Scheurer Network de todas y cada una de las responsabilidades relacionadas con la pérdida o el robo de cualquier documento enviado por correo / recibido incluido en esta solicitud.

* La información se divulgará a:

yo mismo Otra(o): _____

(Nombre de la persona, médico, compañía de seguros, abogado, etc.)

* QUE INFORMACIÓN: _____ * FECHA DE SERVICIO: ____/____/____

* Me gustaría recibir la información anterior en el siguiente formato (marque los que correspondan):

Medios electrónicos encriptados (tipo de medio) _____ Fax (____) _____ -- _____

Medios electrónicos sin cifrar _____ (aceptación inicial de los riesgos como se explica en el reverso de la parte amarilla de este formulario) correo electrónico _____

Copias en papel para llevar a mano (entregue solo a la persona nombrada en el área "revelada a" arriba)

Copias en papel enviadas por correo a: _____
Dirección postal / apartado de correos Ciudad Estado Código postal

Ver en la computadora (solo con cita, escriba el número de teléfono a continuación para programar la cita)

* NOMBRE DEL PACIENTE: (letra impresa) _____ * fecha de nacimiento ____/____/____

Teléfono (____) _____ -- _____

* Firma legalmente autorizada * (Relación) * Licencia de conducir / tarjeta de identificación * Fecha

Firma de la persona designada (si no es paciente) _____ Fecha _____

Firma de testigo _____ Date _____

* Esta autorización no es válida si falta alguno de los elementos destacados (*) **Phone 989-453-5235 Fax 989-453-4455**

SCHEURER STAFF ONLY:

ROI log#: _____ MRN _____

Date Received: ____/____/____ Evident Account # _____ Copies were released on ____/____/____ by _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION (Spanish)

ORIGINAL: MEDICAL RECORDS

YELLOW: PATIENT

Form# 733 (Sp)

Revised: 05/06/2020

Riesgos conocidos de recibir formato electrónico no cifrado de registros médicos

Tenga en cuenta que las comunicaciones que no están encriptadas no son seguras. Los datos no encriptados corren el riesgo de ser leídos o accedidos mientras está en tránsito y cuando usted ha recibido la información.

Existe la posibilidad de que la información incluida en un CD, USB, correo electrónico, etc., en formato no cifrado, pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a quien está destinada.

Inicialice el área correspondiente en la parte blanca de esta autorización para verificar que ha leído los riesgos anteriores y comprende los riesgos relacionados con que Scheurer divulgue información de salud protegida sin cifrar y que este es su método preferido para recibir la información de salud que busca.