



**BON SECOURS
RICHMOND HEALTH SYSTEM**
Bon Secours Richmond Health System

Memorial Regional Medical Center
8260 Atlee Road, Mechanicsville, VA 23116
Tel: 804-764-6427 Fax: 804-764-6324
 Richmond Community Hospital
1500 North 28th Street, Richmond, VA 23223
Tel: 804-225-1778 Fax: 804-225-7359
 St. Mary's Hospital
5801 Bremono Road, Richmond, VA 23226
Tel: 804-281-8135 Fax: 804-673-9561

St. Francis Medical Center
13710 St. Francis Blvd.
Midlothian, VA 23114
Tel: 804-594-7855 Fax: 804-594-7858
 Care-A-Van
4121 Cox Road, Suite 110
Glen Allen, VA 23060
Tel: 804-545-1920 Fax: 804-545-1935

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

Bon Secours HealthSource
Tel: 804-281-0201

Bon Secours Medical Group
Tel: 804-281-0248

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD (Authorization to Disclose Health Information)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

[Por favor, escriba el nombre completo en letra de molde]

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NÚM. TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA:

- Acceso a MyChart Resumen de alta más reciente Consulta (nombre del médico) _____
- Historial y examen médico más recientes
- Compendio del registro (Resumen D/C, H&P, Informe de operaciones, Consulta, Laboratorio, Radiología, electrocardiograma (EKG))
- Radiografías o Informes de Imaginología del _____ (fecha) al _____ (fecha) Registro de vacunación
- Resultados de laboratorio del _____ (fecha) al _____ (fecha)
- Todo el registro Otro [por favor, especifique] _____
- _____ (INICIALES) Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud del comportamiento o salud mental, y tratamiento para el abuso del alcohol y drogas.

PERSONA/CENTRO QUE RECIBE LA INFORMACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

Esta información se divulga con el siguiente propósito o propósitos: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

- Entiendo que mi autorización para la divulgación de esta información de salud es un acto voluntario. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que podré inspeccionar o copiar la información para usarla o divulgarla, según lo previsto en el Título 164.524 del Código de Reglamentos Federales (CFR). Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva una posible divulgación posterior no autorizada y que la información podría no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tuviera preguntas acerca de mi divulgación de información de salud, podré llamar al número que aparece arriba.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y entregar mi revocación por escrito en la instalación marcada arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporcione a mi asegurador el derecho de impugnar una reclamación de acuerdo con mi póliza. A menos que se revoque de otra forma, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____
Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.
- Entiendo que se me proporcionará una copia de este formulario de autorización, después de firmarlo. Entiendo que se impondrán cargos de copiado, de acuerdo con la política del hospital.

Firma del Paciente o Representante Legal _____

FECHA

Si firmó el representante legal, declare su relación o parentesco con el paciente _____

FIRMA DEL TESTIGO _____

FECHA

FOR DEPARTMENT USE ONLY/SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO

PROCESSED BY: _____

DATE PROCESSED: _____

IDENTITY VERIFIED SIGNATURE VERIFIED

INFORMATION SENT/PROVIDED: _____

BSR-MR-051S (05/11)

White - Chart

Yellow - Patient

(SMH TAB # 13)