



**Avera St. Anthony's Hospital**  
 300 N. 2nd St., P.O. Box 270  
 O'Neill, NE 68763  
 402-336-2611



ROI

Patient Sticker if available

**Autorización - Divulgación de información de la historia clínica**

<b>Identificación del Paciente</b>	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ teléfono: _____
<b>Institución</b> (¿Quién divulga la información?)	La siguiente persona u institución está autorizada para divulgar información: Nombre de la Institución: <u>Avera St. Anthony's Hospital</u> Dirección: <u>300 N. 2nd St.,</u> Ciudad/ Estado/ Código Postal: <u>O'Neill, NE 68763</u> Teléfono: <u>402-336-5281</u> Fax: _____
<b>Consentimiento</b>	<p><b>Para:</b> <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Imágenes Digitales <input type="checkbox"/> Grabaciones de Video  <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><b>Propósito de:</b> <input type="checkbox"/> Parte Permanente del Expediente de Paciente <input type="checkbox"/> Medios de comunicación  <input type="checkbox"/> Propósitos internos, no a formar parte permanente <input type="checkbox"/> Medios Sociales de Comunicación/Redes Sociales del expediente de pacientes</p> <p>Yo entiendo que es posible que se tomen las imágenes o grabaciones indicadas arriba y yo doy mi consentimiento.          Yo tengo el derecho a solicitar que se acabe la grabación o el video, y el derecho a anular el consentimiento para el uso, en un lapso razonable de tiempo antes de que la grabación o el video sean usados.</p> <p>_____ Hora _____ Fecha _____ Firma de Padres o Representante Legal/Relación al Paciente</p>
<b>La Información se le Divulga a:</b> (¿Adonde se va a enviar la información?)	<input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Canal Noticiero: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>La Información que se va a Divulgar</b>	<input type="checkbox"/> Fotografía <input type="checkbox"/> Imágenes Digitales <input type="checkbox"/> Grabaciones <input type="checkbox"/> Grabación de Video <input type="checkbox"/> Entrevista de Paciente – Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Forma y Formato</b>	<input type="checkbox"/> Papel (retiro o correo) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Pen drive <input type="checkbox"/> CD-ROM (disco compacto) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (escribalo a continuación) Correo electrónico: _____ <p>Todos los expedientes clínicos que se soliciten en formato electrónico estarán encriptados, a menos que el paciente solicite lo contrario. Enviar expedientes clínicos no encriptados supone riesgos, entre los que se incluye que la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) del individuo se pueda leer o que un tercero pueda acceder a esta. El tamaño del archivo puede limitar el envío de este por correo electrónico.  <b>Si desea que se le envíen sus expedientes no encriptados, escriba sus iniciales aquí:</b> _____</p>
<b>El Propósito de la Divulgación</b>	<input type="checkbox"/> Noticias <input type="checkbox"/> Página de Web <input type="checkbox"/> Noticia Interna <input type="checkbox"/> Carta de noticias de Avera <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Fecha de Vencimiento</b>	A menos que se haya revocado, esta autorización se vencerá cuando esta información ya no sea utilizada por el Departamento de Mercadeo de Avera.
<b>Revocación</b>	Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento al presentar una revocación por escrito al Departamento de Mercadeo de Avera. Entiendo que la anulación no podrá ponerse en efecto a la información ya publicada.
<b>Autorización</b>	<p>Comprendo que la información de mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios de salud mental o trastornos del comportamiento o los tratamientos para el abuso de drogas y alcohol.</p> <p>Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se usará o divulgará, de acuerdo con 45 CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que los reglamentos federales sobre la confidencialidad no puedan proteger dicha información.</p> <p>Si tengo dudas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad de Avera St. Anthony's Hospital al 402-336-5154 o a la Oficina de Privacidad de Avera al 605-322-7801.</p> <p>_____ Firma del Paciente o su Representante legal _____ Fecha _____</p> <p>_____ Si firma un Representante Legal, Indique la Relación al Paciente _____ Firma del Testigo _____</p> <p>Fecha: _____ Información enviada: _____</p>



**Avera St. Anthony's Hospital**  
 300 N. 2nd St., P.O. Box 270  
 O'Neill, NE 68763  
 402-336-2611



ROI

Patient Sticker if available

REFERENCE

**Authorization - Release Of Medical Records Information**

<b>Patient Identification</b>	Patient name: _____ Date of birth: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Social Security Number (last 4 digits): _____ Phone: _____ Email: _____
<b>Provider</b> (Who is releasing information?)	The following individual or organization is authorized to make the disclosure: Provider name: <u>Avera St. Anthony's Hospital</u> Address: <u>300 N. 2nd St.</u> City/state/zip: <u>O'Neill, NE 68763</u> Phone: <u>402-336-5281</u> Fax: _____
<b>Consent</b>	<b>For:</b> <input type="checkbox"/> Photographs <input type="checkbox"/> Digital Images <input type="checkbox"/> Videotapes <input type="checkbox"/> Other: _____ <b>Purpose of:</b> <input type="checkbox"/> Permanent Part of the Patient Record <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Internal purposes, not a permanent part of the Patient Record <input type="checkbox"/> Social Media/Networking I understand that the images indicated above may be recorded and I consent to this. I have the right to request cessation of recording or filming, and the right to rescind consent for use up until a reasonable time before the recording or film is used. _____ Time Date Patient, Parent or Legal Guardian Signature/Relationship to Patient
<b>Disclose Information to:</b> (Where is information to be sent?)	<input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> News Outlet: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____
<b>Information to be Disclosed</b>	<input type="checkbox"/> Photographs <input type="checkbox"/> Digital Images <input type="checkbox"/> Recordings <input type="checkbox"/> Videotapes <input type="checkbox"/> Patient Interview – Date: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____
<b>Form and Format</b>	<input type="checkbox"/> Paper (pickup or mail) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Flash Drive <input type="checkbox"/> CD-ROM (compact disc) <input type="checkbox"/> E-mail (please provide address below) E-mail address: _____ All medical records requested in electronic format will be encrypted unless specifically requested otherwise by the patient. Sending medical records unencrypted has risks including the individual's PHI could be read or otherwise accessed by a third party. File size may limit ability to send by e-mail. <b>If you want your records sent unencrypted please initial here:</b> _____
<b>Purpose of Disclosure</b>	<input type="checkbox"/> News story <input type="checkbox"/> Web page <input type="checkbox"/> Internal News <input type="checkbox"/> Avera Newsletters <input type="checkbox"/> Social Networking <input type="checkbox"/> Other: _____
<b>Expiration Date</b>	Unless otherwise revoked, this authorization will expire when this information is no longer used by the Avera Marketing Department.
<b>Revocation</b>	I understand that I have a right to revoke this authorization at any time by presenting a written revocation to the Avera Marketing Department. I understand the revocation will not apply to information already released.
<b>Authorization</b>	I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), behavioral or mental health services, or treatment for alcohol and drug abuse. I understand authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand I may inspect or obtain copies of the information to be used or disclosed, as provided in 45 CFR 164.524. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information I can contact the Avera St. Anthony's Hospital Privacy Officer at 402-336-5154 or the Avera Privacy Officer at 605-322-7801. _____ Signature of Patient or Legal Representative Date _____ If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient Signature of Witness Date: _____ Information sent: _____