



AUTHREUSE

MUSC, Hollings Cancer Center Mobile HPV Vaccination Van
Authorization to Disclose Protected Health Information

Page 1 of 1

Form Origination Date: 2/2022
Version: 1

Version Date: (2/2022)

Patient Name _____

MRN _____
PATIENT IDENTIFICATION LABEL

Nombre del paciente _____
(nombre legal)

Toda la información de salud es privada. Al firmar este formulario, usted le otorga a MUSC, la furgoneta móvil de vacunación contra el VPH del Hollings Cancer Center (en lo sucesivo denominada «Vaccination Van»), la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica del paciente mencionado anteriormente su consentimiento para hablar y compartir información médica sobre las vacunas proporcionadas con los proveedores que brindan atención en la Vaccination Van. Esta información será tratada como información de salud protegida confidencial.

El propósito de esta divulgación es la participación en servicios móviles de vacunación.

Los ejemplos de información de salud protegida que se permite compartir incluyen, entre otros, historia clínica, información demográfica, registros de vacunación.

Entiendo que permitir la divulgación de información médica protegida es voluntario. Puedo negarme a firmar este formulario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar o copiar la información divulgada, según lo dispuesto en 45 CFR §164.524 (párrafo 45 del Código de Regulaciones Federales, sección 164.524).

Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada por parte de la persona/organización que recibe la información. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización. No se requiere el consentimiento de los padres para la divulgación de información de salud para estudiantes mayores de 16 años.

Firma del paciente o tutor legal/representante
(o estudiante si es mayor de 16 años o de otra manera lo permite la ley)

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

Nombre impreso Paciente o tutor legal/representante Fecha
(o estudiante si es mayor de 16 años o de otra manera lo permite la ley)

Relación con el paciente