



Autorización para uso o divulgación de información protegida sobre la salud

St. Joseph's Hospital St. Joseph's Women's Hospital South Florida Baptist Hospital

Por medio de la presente se autoriza al(los) hospital(es) mencionado(s) arriba para el uso o divulgación de la siguiente información de los expedientes de salud del individuo cuyo nombre se describe en seguida.

Escribir en letra de molde:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono _____ No. del Seguro Social _____

Autorizo al(los) hospital(es) mencionado(s) arriba, la divulgación de la información sobre los exámenes médicos, mentales, de alcohol y/o abuso de drogas, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA, desórdenes alimenticios o cualquier información médica de naturaleza confidencial a los siguientes individuos u organización(es):

Nombre: _____

Dirección: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

• Esta información, la cual estoy autorizando a que se divulgue, se usará con el siguiente propósito:

Descripción: _____

Fechas de servicio en que se divulgará: _____

El tipo de información que se usará o divulgará es como sigue: (marque las casillas apropiadas e incluya otra información a donde se indica)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstracto | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/rayos-x e imágenes |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Expedientes de la sala de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Reportes históricos y físicos | <input type="checkbox"/> Otro: (describa) _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes operativos | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas | |
| <input type="checkbox"/> Notas progresivas | |

Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información, no es un plan de salud o proveedor de cuidados de salud, puede que la información divulgada ya no sea protegida por los reglamentos federales de privacidad. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar tratamiento. Esta autorización permanecerá con validez por seis meses, a partir de la fecha en que se firme abajo.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento o instalación indicada en la autorización. Entiendo que esta revocación no aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que esta revocación no aplica a mi compañía de seguros cuando la ley provea a mi asegurador, el derecho de litigar una demanda bajo mi póliza.

Firmado _____ Fecha _____

Paciente o persona autorizada, Padre () Representante legal () Ejecutor () Poder ()

Identificación con foto revisada

Testigo _____ Fecha _____

Copiado por: _____ Fecha: _____ Páginas copiadas: _____