

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ N.º DE TELÉFONO: _____

_____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

2. PERSONA/ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

<input type="checkbox"/> Parrish Medical Center 951 N. Washington Ave. Titusville, FL 32796 N.º de fax: 321-268-6280	<input type="checkbox"/> Parrish Medical Group <input type="checkbox"/> Titus Landing: 250 Harrison St., Titusville, FL 32780 <input type="checkbox"/> Port. St. John: 5005 Port St. John Pkwy, Port St. John, FL 32927 <input type="checkbox"/> Occ. Health Clinic: 494 N. Washington Ave., Titusville, FL 32796 Oficina/Depto.: _____ N.º de fax: _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique establecimiento/ persona/domicilio) _____ _____ N.º de fax: _____
---	---	---

3. PERSONA/ESTABLECIMIENTO AUTORIZADO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

<input type="checkbox"/> Parrish Medical Center 951 N. Washington Ave. Titusville, FL 32796 N.º de fax: 321-268-6280	<input type="checkbox"/> Parrish Medical Group <input type="checkbox"/> Titus Landing: 250 Harrison St., Titusville, FL 32780 <input type="checkbox"/> Port. St. John: 5005 Port St. John Pkwy, Port St. John, FL 32927 <input type="checkbox"/> Occ. Health Clinic: 494 N. Washington Ave., Titusville, FL 32796 Oficina/Depto.: _____ N.º de fax: _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique establecimiento/ persona/domicilio) _____ _____ N.º de fax: _____
---	---	---

4. La siguiente información médica protegida (PHI) podrá divulgarse a (marque las casillas que correspondan):

De los siguientes períodos de atención médica, desde (fecha): _____ hasta (fecha): _____

<input type="checkbox"/> Informe hospitalario	<input type="checkbox"/> Informe administrativo
<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio/patología	<input type="checkbox"/> Otros/Informes específicos: _____

Envío de la PHI solicitada: Retira personalmente Envío por Fax/Correo Inscríbame en Patient Health Portal en línea.

Imágenes de radiología solicitadas: Se entregó/envió el disco al paciente Se envió el disco al establecimiento

Además, deseo que se incluya en la PHI (coloque sus iniciales):

_____ Salud conductual

_____ Trastorno por abuso de sustancias

_____ Tratamiento o pruebas de STD/VIH/SIDA

_____ Pruebas genéticas

¿Objetivo de esta solicitud? Tratamiento/Continuación de la atención Pago/Facturación Uso personal Otro: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si revoco esta autorización, debo realizarlo por escrito y presentar el escrito de revocación al departamento de Administración de información médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a la compañía de seguro, ya que la ley le confiere a mi aseguradora el derecho de objetar una reclamación en virtud de mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización expira en la siguiente fecha: _____

Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en el plazo de un año.

Comprendo que la divulgación de información conlleva el riesgo potencial de que la información se divulgue nuevamente y que no sea protegida por las normas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica puedo comunicarme con el ejecutivo de privacidad al 321-268-6835.

Por la presente eximo de responsabilidad al establecimiento, sus empleados, ejecutivos y médicos por la divulgación de la información antes mencionada en la medida de lo que se indica y autoriza en la presente.

Firmado por: _____ (Fecha)/(Hora)

(Paciente o representante legal)

_____ (Fecha)/(Hora)

(Firma de los testigos)