

**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:**

**Parrish Medical Center**      **Parrish Medical Group**       Otro (especifique establecimiento/ persona/domicilio)

951 N. Washington Ave.       Titus Landing: 250 Harrison St., Titusville, FL 32780

Titusville, FL 32796       Port. St. John: 5005 Port St. John Pkwy, Port St. John, FL 32927

N.º de fax: \_\_\_\_\_

**321-268-6280**       Occ. Health Clinic: 494 N. Washington Ave., Titusville, FL 32796

Oficina/Depto.: \_\_\_\_\_

N.º de fax: \_\_\_\_\_

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

**Parrish Medical Center**      **Parrish Medical Group**       Otro (especifique establecimiento/ persona/domicilio)

951 N. Washington Ave.       Titus Landing: 250 Harrison St., Titusville, FL 32780

Titusville, FL 32796       Port. St. John: 5005 Port St. John Pkwy, Port St. John, FL 32927

N.º de fax: \_\_\_\_\_

**321-268-6280**       Occ. Health Clinic: 494 N. Washington Ave., Titusville, FL 32796

Oficina/Depto.: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

Informe hospitalario       Informe administrativo

Informes de radiología       Imágenes de radiología

Resultados de laboratorio/patología       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)