



# La autorización para divulgar información médica protegida

Oficial de Privacidad: Tina Strobbe, RN, MBA  
11528 US 19, Port Richey, FL 34668  
9238 US 19, Port Richey, FL 34668  
9100 Hudson Avenue, Hudson, FL 34667  
11034 Spring Hill Dr., Spring Hill, FL 34608  
3012 Starkey Blvd, Trinity, FL 34655  
727-868-2151  
**727-869-0732 FAX**

Este formulario es para todas las solicitudes de registro.

**Revelar información de:**

Especifique Proveedor / Organización Nombre y Dirección de la Facilidad

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA:**

Especifique Proveedor / Organización Nombre y Dirección de la Facilidad

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al firmar esta autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica a revelar mi información de salud protegida.

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN EN EL MOMENTO DE SERVICIO**

**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**MAIDEN u otro nombre** \_\_\_\_\_ **CUENTA #** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **SSN #** \_\_\_\_\_

**HABLA A** \_\_\_\_\_

*Dirección postal, ciudad, estado, código postal*

**Que abarca el período (s) de cuidado de la salud:**

**DESDE** (Fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. Información autorizado para la divulgación, Si se incluye en mis registros:**

- Registro completo de la Salud
- Visita / Resumen del alta
- Documentación Clínica de Física
- Documentación de Consulta
- Registros de inmunización
- Reporte de progreso
- Radiología e informes de diagnóstico por imágenes
- Fotografías, vídeos, digitales u otras imágenes
- Los informes de patología
- Las pruebas de laboratorio (por favor especificar) \_\_\_\_\_
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

2. **Si es aplicable, También doy permiso** para el siguiente "información de salud protegida sensible" a ser revelada (poner iniciales a continuación):

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Servicios de Salud Mental / Atención Psiquiátrica
- El tratamiento para el alcohol y / o drogas
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Consejo Genético / Pruebas

\_\_\_\_\_ **entiendo** que la información divulgada de conformidad con esta autorización, **excepto** información protegida por los reglamentos federales y / o estatales sobre la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas, VIH y Salud mental, puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad u otras leyes estatales y federales aplicables.

3. **El propósito para el cual está autorizado divulgación (Comprobar en su caso):**

- Atención médica  Seguro  elegibilidad para el beneficio  Inmunización

Otros: \_\_\_\_\_

4. **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 por escrito al proveedor (s) de la atención. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de revisar o impugnar una reclamación. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

(Fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. **Si no especifico una fecha de caducidad, evento o condición, esta autorización expirará en 90 días. Si esta autorización se refiere a sí mismo como el paciente, la fecha de caducidad puede ser documentado como ilimitada. Si documentado como tal, (sus iniciales aquí \_\_\_\_\_) es responsabilidad de la persona a notificar a la práctica de cualquier cambio de vida, es decir, de tutela, por lo que la documentación apropiada se da para el cambio.**

5. **Entiendo** que cualquier divulgación de la información sanitaria lleva consigo la posibilidad de re-divulgación no autorizada y futuras, según lo permitido por la ley HIPAA y otras normas federales de privacidad.

Si tengo preguntas sobre las divulgaciones de información sobre mi salud, puedo contactar a mi proveedor de atención médica.

6. Esta instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

7. Yo entiendo que una tarifa puede ser aplicable. las regulaciones del estado de Florida limitan a \$ 1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$ 0,25 para cada página a partir de entonces.

\_\_\_\_\_  
**Firmado:** Paciente - (o representante legal, padre o tutor legal) (Relación, si no del paciente)

Identificación proporcionada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Testigo o notario (Esta autorización debe ser notariado si la información está siendo puesto en libertad a un abogado y o corte.)**

**Sólo para uso oficial**

Nombre / Título de la Persona Información Liberar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_