

BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Format requested:

Delivery Method: Mail or Pick-up Date _____ Records will automatically be mailed after 10 days

Paper Fax E-mail USB Drive or CD (*Imaging Department only*)

Availability of electronic format depends on date facility started storing electronic data

I hereby authorize the use and/or disclosure of the below named individual's health information as described below:

1. I hereby authorize the following individual(s) or organization(s): Baptist Hospital of Miami South Miami Hospital Doctors Hospital
 Homestead Hospital West Kendall Baptist Hospital Baptist Outpatient Services Ambulatory Surgery Center Mariners Hospital
 Diagnostic Center Urgent Care Center Baptist Health Medical Group Physician Practice Miami Cancer Institute Fishermen's Community Hospital
 Other: (specify): _____ to make the disclosure of health information in the manner described herein.

Patient Name: _____ Phone #: _____ D.O.B.: _____ Social Security #: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

2. The health information described below may be used by or disclosed to the following:

SELF: Select this option if the records are for yourself; otherwise, indicate whom you want your records released to:

Name of person/organization: _____ Phone #: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email address: _____ Fax #: _____

3. Check the health information you are authorizing to be used/disclosed:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dictations/Tests Results | <input type="checkbox"/> Consultations | <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Radiology Images |
| <input type="checkbox"/> Emergency Record | <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Radiology Reports | <input type="checkbox"/> Pathology Slides |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Laboratory | <input type="checkbox"/> Pathology Report | <input type="checkbox"/> Cath Lab cine / CD |
| <input type="checkbox"/> Operative Record | <input type="checkbox"/> Physician Orders | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

_____ Initial here for HIV tests and results. You must obtain initial HIV Antibody testing information from your physician.

_____ Initial here for records relating to our Addiction Treatment and Recovery Center at South Miami Hospital. If this form authorizes the use/disclosure of Addiction Treatment and Recovery Center records from South Miami Hospital, it may not be used to authorize the use and disclosure of any other health information. A separate authorization is needed for any other use/disclosure.

4. Approximate date(s) of treatment or event: _____

5. This request is being made for: Continuation of Care or Other, e.g., self, insurance, legal purposes: _____

6. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time, and that if I revoke this authorization, I must send a written request to: **Baptist Health South Florida, 8500 SW 117 Avenue, Box 7, Miami, FL 33183, attention PHI Manager.** I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in reliance on this authorization and to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

7. Authorization will expire one year from the date on which it was signed unless another date or event is specified: _____

Note: If you are requesting a release of records please ensure that any expiration date or event allows sufficient time for your records to be prepared and sent to the party identified.

8. I understand that this authorization is voluntary. I understand that once the health information described herein is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal privacy laws; however, under federal and state laws respectively, the recipient may be prohibited from re-disclosing substance abuse and HIV/AIDS information without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such laws. I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal will not affect my ability to obtain treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits.

Signature of Patient*/Personal Representative _____ Relation to Patient _____ Date _____ Time _____

*The above individual is unable to consent because (check one): Minor Incompetent Other (explain): _____

Account #: _____ MR #: _____ Processed by (*print employee name*): _____

If not processed, this form MUST be sent via interoffice mail to Medical Records for processing.

Fees for medical records will be charged in accordance with applicable State and Federal regulations:

- F.S. 395.3025 – Fees for medical record copies related to Health facilities and ambulatory surgery
- F.S. 456.057 – Fees for medical record copies related to Healthcare practitioners and physicians' offices
- 45 CFR (§164.524)(c)(4) – Fees for electronic copy of records

You are entitled to a copy of this authorization after you sign it.



BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Formato solicitado:

Método de entrega: Correo postal Fecha de recogida _____. Los expedientes serán automáticamente enviados por correo postal después de 10 días.

Impreso Fax Correo electrónico Tarjeta USB CD (*Departamento de imagen solamente*)

La disponibilidad del formato electrónico depende de la fecha en que el centro comenzó a almacenar data electrónica.

Por este medio autorizo el uso y/o divulgación de la información de salud de la persona indicada abajo, de la forma como se describe a continuación:

1. Por este medio autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es): Baptist Hospital of Miami South Miami Hospital Doctors Hospital Homestead Hospital West Kendall Baptist Hospital Servicios Ambulatorios de Baptist Centro de Cirugía Ambulatoria Mariners Hospital Centro de Diagnóstico Centro de Atención de Urgencia Baptist Health Medical Group, Consultorio médico Miami Cancer Institute Fishermen's Community Hospital

Otro (especifique): _____ a divulgar la información de salud del modo que se describe aquí.

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. La información de salud descrita abajo puede ser usada por, o divulgada a los siguientes:

MI PERSONA: Escoja esta opción si los expedientes son para usted mismo; de lo contrario, indique a quién desea divulgar sus expedientes:

Nombre de la persona u organización: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de fax: _____

3. Marque la información de salud que autoriza a ser usada/divulgada:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dictados/Resultados de pruebas | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas |
| <input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Láminas de patología |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Análisis de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de patología | |
| <input type="checkbox"/> CD de laboratorio de cateterismos | <input type="checkbox"/> Expediente de cirugía | <input type="checkbox"/> Instrucciones del médico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

____ Escribe aquí sus iniciales para pruebas y resultados de VIH. Primero debe obtener de su médico la información sobre la prueba de anticuerpos del VIH.

____ Escribe aquí sus iniciales para expedientes relacionados con el Centro de Rehabilitación y Tratamiento de Adicción del South Miami Hospital. Si este formulario autoriza el uso/divulgación de expedientes del Centro de Rehabilitación y Tratamiento de Adicción del South Miami Hospital, no puede emplearse para autorizar el uso o divulgación de otro tipo de información de salud. Es necesaria una autorización por separado para cualquier otro tipo de uso/información.

4. Fecha(s) aproximada(s) del tratamiento o evento: _____

5. Esta solicitud es presentada para: Continuidad de atención médica u Otro, por ejemplo, el propio individuo, seguro, para fines legales: _____

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que para revocar esta autorización debo enviar una solicitud por escrito a: **Baptist Health South Florida, 8500 SW 117 Avenue, Box 7, Miami, FL 33183, attention PHI Manager**. Entiendo que la revocación no tendrá efecto sobre aquella información que ya se haya revelado en virtud de esta autorización ni sobre mi compañía de seguro cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación conforme a mi póliza.

7. La autorización tiene validez durante un año a partir de la fecha en que fue firmada a menos que se especifique otra fecha o evento: _____

Nota: Si usted está solicitando una entrega de expedientes, asegúrese de que la fecha de vencimiento o el evento conceda tiempo suficiente para la preparación y el envío de sus expedientes a la parte indicada.

8. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que la información de salud descrita aquí sea divulgada, el destinatario podría volver a divulgarla y podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, conforme a las leyes estatales y federales respectivas, el destinatario podría tener prohibida la redivulgación de información relacionada con el abuso de sustancias y VIH/SIDA sin el consentimiento por escrito de la persona a la que atañe dicha información, o de la forma que lo establezcan dichas leyes. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios.

Firma del paciente* / Representante personal

Relación con el paciente

Fecha

Hora

*La persona arriba indicada esta imposibilitada a dar su consentimiento debido a que es (marque una opción):

Menor de edad Incompetente Otro motivo (explique): _____

Número de cuenta: _____ MR #: _____ Procesado por (nombre de empleado): _____

Sí formulario no esta procesado TIENE que ser enviado por correo interno a Expedientes Médicos para su procesamiento

Se cobrarán cargos por expedientes médicos conforme a las normativas estatales y federales:

- F.S. 395.3025 – Cargos por copias de expedientes médicos relacionados con centros de salud y de cirugía ambulatoria
- F.S. 456.057 – Cargos por copias de expedientes médicos relacionados con profesionales de la salud y consultorios médicos
- 45 CFR (§164.524)(c)(4) – Cargos por copia electrónica de expedientes

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado.

