

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 a menos que cargos apliquen.

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 Bethesda East Bethesda West
 BHMGM BOS/BHE Boca Raton BocaCare Corporate Doral Doctors Hospital Fishermen's Community Hospital
 Homestead Hospital Mariners Hospital Miami Cancer Institute South Miami Hospital West Kendall Baptist Hospital
 Ambulatory Surgery Center Diagnostic Center Urgent Care Center

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

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SS#: _____

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:

Dictados/Resultados de pruebas Consultas Medicamentos Imágenes radiológicas

Registro de sala de emergencia Notas de progreso Informes de radiología Láminas de patología

Resumen del alta Análisis de Laboratorio Informe de patología

CD de laboratorio de cateterismos Expediente de cirugía Instrucciones del médico 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.

