

# 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  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:

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: \_\_\_\_\_ 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.

