

**Autorizacion para entregar Informacion
del paciente - Informacion
identificable de la salud**

Acct #:

MR#:

Telefono #: 561-745-7417

Fax #: 561-745-7416

Fotocopia de identification Dejar mensaje de telefono

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Nombre del paciente: | Numero de Telefono: |
| Fecha de nacimiento: | ultimo cuatro digitos de SS#: |

CONTINUACION DE LA ATENCION MEDICA

El tipo de informacion que se utilizar o divulgara, es la siguiente (marque la casilla correspondiente):

Proposito: **Continuacion del cuidado**

| | |
|---|--|
| Extracto medico (de uso general para la continuacion del cuidado) | Consultas |
| Laboratorios | Informes operativos |
| Expedientes de emergencia | Informes del eco de ECG/ |
| Historia y comprobacion | Informes de la citologia de la patologia |
| Informes de radiologia | Resumen de alta |

Fechas del tratamiento

PERSONAL:

El tipo de informacion que se utilizara o divulgara, es la siguiente (marque la casilla correspondiente):

PROPOSITO:

Legal Seguro Para uso personal

| | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Extracto medico | Consultas |
| Laboratorios | Informes operativos |
| Expedientes de emergencia | Informes del eco de ECG/ |
| Historia y comprobacion | Informes de /Cytology de la patologia |
| Informes de radiologia | Resumen de alta |
| | Completo el expediente |

Fechas del tratamiento

Esta informacion se puede divulgar y utilizar por el siguiente individuo u organizacion:

Nombre:

Direccion:

Las copias del expediente pueden ser (marcar la casilla correspondiente):

Correo
Recogido por
Enviado por fax (solamente a otros abastecedores de la salud en situaciones urgentes)

FOLLETO INFORMATIVO DADO:

si dado no dado declinado

Iniciales: _____

FIRMA PARA LA RECOLECCION DE EXPEDIENTES: _____

Autorizacion para el lanzamiento de la informacion identificable paciente de la salud

Yo Autorizo por este medio la entrega de informacion en mi expediente medicos que pueda incluir informacion referente a la enfermedad sexual transmitida, sindrome adquirido de la inmunodeficiencia (AIDS), o virus humano de la inmunodeficiencia (HIV).
Yo Autorizo por este medio la entrega de la informacion en mi expediente medico que pueda incluir informacion relativa a servicios de salud mental, como/Tratamiento de alcohol, y/o uso indebido de drogras.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento. Entiendo que si revoco esto la autorizacion debe estar escrita y presentar mi revocacion escrita a la informacion de la salud Departamento de la gerencia. Entiendo que la revocacion no se aplica a la informacion que ya ha sido lanzado debido a la respuesta a esta autorizacion o a la autorizacion fue obtenido como condicion de obtencion de cobertura de seguro. A menos que esta revocada esta autorizacion expira en la siguiente evento, o condicion .

Si no puedo especificar una fecha de vencimiento, un acontecimiento, o una condición, esta autorización expirará en seis (6) meses.

Si estas copias de expedientes esta para tu propio uso personal hay un cargo en el indice de \$ 1. 00 por pagina conforme al estatuto de la Florida, capitulo 395.

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del representante paciente:

Fecha:

Relacion con el paciente:

Fecha:

Testigo:

Fecha:

Entiendo que autorizar el acceso de esta informacion de la salud es voluntario. Puedo rechazar firmar esta autorizacion. No necesito firmar esta forma para asegurarme tratamiento. Entiendo, que la informacion usada o divulgada conforme a esta autorizacion puede estar sujeta por el beneficiario y no podran ser protegidos por normas confidenciales. Si tengo preguntas sobre acceso de mi informacion de la salud, puede contactarse con la oficina de privacidad del Centro Medico de Jupiter.