

Autorización para divulgar información médica protegida
Quien suscribe autoriza a

(Oficina nombre) _____

(Dirección del oficio) _____

(Número telefónico) _____

a divulgar mi información médica como se indica a continuación:

Información del paciente

Nombre y apellido del paciente: _____ Otros nombres: _____

Dirección del paciente: Fecha de nacimiento:

Ciudad: Estado: Código postal: N° teléfono:

Divulgar información a

Dirección de email para el envío de historias: *¡Asegúrese de que la dirección de correo electrónico sea legible!*

[illegible]

Si prefiere el envío por correo electrónico, deberá facilitar una dirección de correo electrónico válida, propia o del destinatario designado. Sus datos se enviarán en formato Adobe PDF. Si no accede a ellos en un plazo de 30 días, se borrarán. Recibirá un correo electrónico con instrucciones para acceder a las historias. Es posible que tenga que abonar una tarifa por la recopilación de sus expedientes. En tal caso, se le enviará una factura por correo electrónico o postal.

Nombre/centro: _____ **Dirigido a:** _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: Estado: Código postal: N° de fax:

Objeto de la solicitud: ☐ Personal ☐ Tratamiento ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Traslado ☐ Otro: _____

Información a divulgar (Si no lo especifica, se le enviará un resumen de 1 año.)

- ☐ Por favor, enviar un **resumen de 1 año** de mi historia (que incluya las notas, análisis, procedimientos y pruebas más recientes)
- ☐ Por favor, enviar un **resumen de 2 años** de mi historial (notas, análisis, procedimientos y pruebas, hasta 2 años)
- ☐ **Rango de fechas:** _____
- ☐ Notas de progreso ☐ Informes radiológicos ☐ Análisis
- ☐ Informes operativos ☐ Inyecciones ☐ Fisioterapia
- ☐ Otro: _____

(Elija UNA opción de entrega)

- ☐ Envío por email ☐ Fax al doctor
- ☐ Historias en CD ☐ En físico

De conformidad con la ley HIPAA 45 CFR, 164.524, nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable basada en el costo para producir y enviar las copias. Si desea el expediente médico completo, la tarifa aumentará proporcionalmente según el costo. En ningún momento los honorarios basados en el costo excederán el Estatuto de Florida: (395.3025(1))

Autorización para divulgar información médica protegida

Reconozco y acepto que la información divulgada puede contener información sobre alcohol, abuso de drogas, psiquiatría, pruebas del VIH, resultados del VIH o SIDA.* _____ (Escriba sus iniciales)

Entiendo que: Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o derecho a prestaciones no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. **A menos que se revoque de otro modo, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición:** _____ Si no especifico la caducidad, esta autorización caducará en 90 días. Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por los Reglamentos Federales de Privacidad y pueda ser divulgada. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la solicito. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y fecharlo.



Por favor, confirme que ha llenado este formulario en su totalidad, si el formulario está incompleto, o si la información protegida no se divulga, es posible que no podamos atender esta solicitud.

Firma*: _____ **Fecha:** _____

**En el caso de menores de 18 años no emancipados, uno de los padres o el tutor deberá firmar el formulario de autorización. Si el paciente no puede firmar, deberá adjuntarse a este formulario una copia de la documentación legal del representante del paciente.*