

AUTORIZACIÓN DE BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

Nombre del paciente: _____ N.º de teléfono: _____ F. de nac.: _____
 Últimos 4 dígitos del N.º SS: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. La información de salud que se describe a continuación puede ser utilizada o divulgada a los siguientes (Selecione Yo o Nombre de la persona/organización:

<input type="checkbox"/> YO: Formato solicitado: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Otro: _____ Forma de entrega: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Recoger Dirección de correo electrónico: _____ Dirección de entrega: _____ Teléfono: _____ Fax (si corresponde): _____	<input type="checkbox"/> Nombre de la persona/organización: _____ Formato solicitado: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Otro: _____ Forma de entrega: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Recoger Dirección de correo electrónico: _____ Dirección de entrega: _____ Teléfono: _____ Fax (si corresponde): _____
--	---

Por la presente autorizo a las siguientes personas u organizaciones a divulgar mi información de salud de la manera descrita en este documento:

<u>Hospitales:</u> <input type="checkbox"/> Baptist <input type="checkbox"/> Bethesda East <input type="checkbox"/> Bethesda West <input type="checkbox"/> Boca Raton Regional <input type="checkbox"/> Doctors <input type="checkbox"/> Doral <input type="checkbox"/> Fishermen's <input type="checkbox"/> Homestead <input type="checkbox"/> Mariners <input type="checkbox"/> South Miami <input type="checkbox"/> West Kendall <input type="checkbox"/> Otro: _____	<u>Otras instalaciones/ubicaciones:</u> <input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery Center <input type="checkbox"/> Baptist Health Medical Group Especialidad _____ ___Broward ___Monroe ___Miami-Dade ___Palm Beach <input type="checkbox"/> Centro de diagnóstico <input type="checkbox"/> Lynn Cancer Institute	<input type="checkbox"/> Miami Cancer Institute <input type="checkbox"/> Miami Cardiac & Vascular Institute <input type="checkbox"/> Baptist Sleep Centers <input type="checkbox"/> Urgent/Express Care Center <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--

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

Marque el tipo de información de salud para el que autoriza la divulgación o el uso:

Incluir todas las secciones a continuación

<input type="checkbox"/> Admisión/Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registro de emergencia <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Antecedentes quirúrgicos <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informes de radiología	<u>Otros registros</u> <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas: <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Láminas de patología <input type="checkbox"/> Cine/CD de laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

 Escriba sus iniciales aquí para pruebas y resultados de VIH.

 Escriba sus iniciales aquí para expedientes relacionados con el Centro de Rehabilitación y Tratamiento de Adicciones del South Miami Hospital. Este formulario no se puede usar para autorizar el uso y la divulgación de ningún otro tipo de información de salud. Es necesaria una autorización por separado para cualquier otro tipo de uso/información.

4. Se presenta esta solicitud para: Continuidad de la atención Mí Otro, por ejemplo, seguro, fines legales: _____

5. **Proceso de revocación de la autorización.** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que para revocar esta autorización debo enviar una solicitud por escrito a: **Baptist Health South Florida Privacy Office, Privacy@Baptisthealth.net, 786-596-8850.** Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada, a futuras divulgaciones en la medida en que Baptist Health South Florida ya haya actuado en virtud de esta autorización ni a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza.

6. La autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmó, a menos que se especifique otra fecha o evento: _____
Nota: Si está solicitando la divulgación de registros, asegúrese de que toda fecha de vencimiento o evento permita suficiente tiempo para la preparación y el envío de sus registros a la parte identificada.

7. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que una vez que se divulgue la información de salud descrita en este documento, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, según las leyes federales y estatales, respectivamente, se le puede prohibir al destinatario volver a divulgar información sobre abuso de sustancias y VIH/SIDA sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dichas leyes. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios.

8. _____
Firma del paciente*/Representante personal **Relación con el paciente** **Fecha** **Hora**

* La persona indicada arriba no puede dar su consentimiento porque es (marque una opción): Menor Incompetente Otro (explique): _____

N.º de cuenta: _____ N.º de HC: _____ Procesado por (escriba el nombre del empleado/departamento): _____

(Solo para uso interno) Si no se procesa, este formulario DEBE enviarse por correo interno a "Medical Records" para su procesamiento.

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



* Las tarifas por historias clínicas se cobrarán de acuerdo con las regulaciones estatales y federales aplicables: (F.S. 395.3025 , F.S. 456.057 , 45 CFR ((§164.524)(c)(4))