

Autorización para Divulgar o Solicitar Registros Médicos

1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Número de teléfono: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

2. DESTINATARIO O CENTRO DE ENVÍO

Autorizo a Heart of Florida Health Entregar mis registros a la persona/centro que se indica a continuación
 Center a: Solicitar mis registros de la persona/centro a continuación

Proveedor/Centro/Receptor: Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

3. INFORMACIÓN DEL REGISTRO

Registros a ser divulgados y/o solicitados *(Marque todo lo que corresponda)*

Registro completo Vacunas Diagnóstico por imágenes/radiografías Otro (especifique): _____
 Historial médico Laboratorios Prescripciones _____

Propósito de la solicitud o divulgación

Uso personal Legal Discapacidad
 Tratamiento / Continuidad de la atención médica. Seguro Otro: _____

Intervalo de fechas de los registros:

Historia clínica completa Registros desde: _____ a _____ (Fechas)

4. MÉTODO DE ENTREGA PREFERIDO: *(solo para divulgaciones externas)*

Copia impresa (por correo o para recoger) *Se aplicará una tarifa \$ Correo electrónico encriptado (seguro) Fax (solo a consultorios médicos)

5. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *Marque y ponga sus iniciales en cada tipo de información que desea divulgar:*

Tipo de información	Liberación/Solicitud		Iniciales
Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Pruebas de VIH/SIDA o información relacionada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Consumo de alcohol y/o sustancias	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Pruebas genéticas/información de ADN	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____

*Todas las casillas deben completarse incluso si la información no aplica. *

6. AUTORIZACIÓN

Al firmar abajo, entiendo que compartir mi información de salud es mi decisión. No tengo que firmar este formulario para recibir atención. Puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento por escrito, excepto si la información ya ha sido compartida. Este formulario es válido por un año. También entiendo que, una vez que se comparte mi información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y podría volver a ser divulgada. Si tengo preguntas, puedo contactar a la persona u organización indicada en este formulario.

Nombre del paciente (18+): _____ Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____ Firma: _____ Fecha: ___/___/___

(Obligatorio para pacientes menores de 18 años, a menos que la ley permita lo contrario. Se debe proporcionar documentación legal).

--- Solo para uso de la oficina ---

Empleado que recibe solicitud: _____ Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Método de Verificación (Marque uno): ID Verificada Paciente Conocido Representante Legal Verificado