

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Administración de Información de Salud
Horario: De 8 a.m. - 4.30 p.m. de lunes a viernes
Teléfono: (386) 425-4040 • Fax (386) 425-7514

Patient Name
Adm. Date
Date of Birth
MR #
Dr.
Age
Visit #
Sex

Nombre del paciente _____ N.º de historia clínica _____
Domicilio _____ N.º de teléfono _____
Fecha de nac. _____ Fecha en que se necesitó la información ____/____/____ ☐ Correo ☐ Retiro ☐ N.º de fax _____
(MÉDICO/CENTRO)
☐ En Papel ☐ CD ☐ Correo electrónico – Dirección de correo electrónico válida: _____
Por la presente, autorizo a Halifax Health a usar y divulgar a: ☐ o a obtener de: ☐

NOMBRE DE LA PERSONA O DEL CENTRO _____ TELÉFONO _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

la siguiente información incluida en mi historia clínica con relación a mi hospitalización, atención y tratamiento:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Registro de emergencia | ☐ Informes de radiología | ☐ Informes de especialistas | ☐ Evaluación psicosocial |
| ☐ Resumen de alta | ☐ Películas radiológicas | ☐ Informes de patología | ☐ Plan de tratamiento |
| ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Historial y examen físico | ☐ Informes operativos | ☐ Registro de medicamentos |
| ☐ Información pertinente (informes y resultados de estudios) | ☐ Otro (especificar) _____ | | |

Fecha(s) del servicio: _____

El propósito de la divulgación de la información a pedido de la persona es el siguiente:

- ☐ Seguro ☐ Acción legal ☐ Atención continua ☐ Otro (especificar) _____

Entiendo que esta autorización se extiende a la totalidad o una parte de los registros mencionados anteriormente, los cuales pueden incluir información psiquiátrica, sobre abuso de drogas y alcohol, SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y que pueden incluir el resultado de una prueba de VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Doy mi consentimiento expreso para que se divulgue la información tal como se especificó arriba, salvo que haya marcado la opción de abajo. Entiendo que esta autorización se extiende para divulgar información por medio de correo postal de EE. UU., teléfono o facsímil (fax).

NO incluir información relacionada con: ☐ VIH/SIDA ☐ Salud mental ☐ Abuso de sustancias (alcohol/drogas) ☐ Pruebas genéticas

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita en el **departamento de Administración de información de salud en 303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114**. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la autorización no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorga a mi aseguradora el derecho de refutar una reclamación en virtud de mi póliza. Esta autorización permanecerá en vigor por un período que no exceda doce (12) meses a partir de la fecha de ejecución, a menos que se indique una fecha/evento de vencimiento o que yo la revoque antes mediante notificación por escrito.

Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. No tengo que firmar este formulario como garantía de mi tratamiento. Entiendo que puedo revisar o fotocopiar la información que se utilizará o divulgará. Entiendo que la divulgación de mi información conlleva el riesgo potencial de una divulgación posterior no autorizada y que las leyes o reglamentaciones federales de confidencialidad posiblemente no protejan la información. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad de Halifax Health por teléfono en el número incluido en la parte superior de esta página y pedirle que me derive a la oficina del funcionario de privacidad.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, DESCRIPCIÓN O AUTORIDAD QUE ACTÚA EN NOMBRE DEL INDIVIDUO _____

LOS COSTOS PARA LA REPRODUCCIÓN ESTÁN DISPONIBLES BAJO PEDIDO

Esta información se divulga a usted de los registros médicos cuya confidencialidad está protegida por la Parte 2del Código Federal de Reglamentación 42 (42 CFR, Part 2), que le prohíbe realizar otras divulgaciones sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.