

HALIFAX HEALTH MEDICAL CENTER OF DAYTONA: 303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114
HALIFAX HEALTH MEDICAL CENTER OF PORT ORANGE: 1041 Dunlawton Ave., Port Orange, FL 32127
HALIFAX HEALTH | UF HEALTH MEDICAL CENTER OF DELTONA:
3300 Halifax Crossings Blvd., Deltona, FL 32725
TWIN LAKES SURGERY CENTER: 1890 LPGA Blvd., Daytona Beach, FL 32117

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

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Administración de información de salud

Horario: De 8 a. m. a 4.30 p. m. de lunes a viernes

Teléfono (386) 425-3324 o (386) 425-3424; Fax (386) 425-7514

Nombre del paciente _____ N.º de historia clínica _____

Domicilio _____ N.º de teléfono _____

Fecha de nac. _____ Fecha en que se necesitó la información ____/____/____ Correro 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:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de emergencia | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Informes de especialistas | <input type="checkbox"/> Evaluación psicosocial |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Películas radiológicas | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Información pertinente (informes y resultados de estudios) | <input type="checkbox"/> 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.

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 _____



LGL INS FORM

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.

HMC – 621 Spanish – 11/17 Revised: 3/23