

HALIFAX HEALTH
303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114
1041 Dunlawton Ave., Port Orange, FL 32127
3300 Halifax Crossings Blvd., Deltona, FL 32738

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

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Administración de información de salud

Horario: 8 a. m. – 4.30 p. m. Lunes–Viernes

Nro. de teléfono (386) 425–3324 o (386) 425–3424; Fax (386) 425–7514

Nombre del paciente _____ Registro médico nro. _____

Domicilio _____ Nro. de teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha en que se necesita la información ____/____/____ Correo Retiro Fax nro. _____
(MÉDICO/CENTRO)

Papel CD – Dirección de correo electrónico válida: _____

Por la presente, autorizo a Halifax Health a utilizar y a divulgar a: o a obtener por parte de:

NOMBRE DE LA PERSONA O DEL CENTRO

TELÉFONO

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

la siguiente información que figura en mi registro médico con respecto a mi internación, atención y tratamiento:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de emergencia | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Informes de asesores | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Placas de radiología | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Información pertinente (informes y resultados de pruebas) | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | | |

Fecha(s) de servicio: _____

El objetivo de la divulgación de la información bajo pedido de la persona es el siguiente:

- Seguro Acción legal Continuidad de la atención Otro(especificar) _____

Comprendo que esta autorización se extiende a todas las partes de los registros mencionados anteriormente, lo que puede incluir información psiquiátrica, abuso de drogas/alcohol, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o el resultado de un examen de VIH o información sobre el hecho de que se realizó un examen de VIH. Autorizo expresamente la divulgación de la información mencionada anteriormente, excepto que se seleccione alguna de las casillas que figuran a continuación. Comprendo que esta autorización se extiende a la divulgación de información a través de correo de los EE. UU., teléfono o fax.

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

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización lo debo hacer por escrito y debo presentar la revocación por escrito al **departamento de Administración de información de salud en 303 N. Clyde Morris Blvd., Daytona Beach, FL 32114**. Comprendo que la revocación no aplicará a información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Comprendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro si la ley le otorga a mi aseguradora el derecho a contestar una demanda de acuerdo a mi póliza. Excepto en caso de que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o situación: _____. Si no especifico una fecha, evento o situación de expiración, esta autorización expirará en seis meses.

Comprendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. No es necesario que firme este formulario para asegurar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se utilizará o divulgará. Comprendo que toda divulgación de la información conlleva la posibilidad de que se realice una nueva divulgación no autorizada y puede que las leyes o normas federales de confidencialidad no protejan esa información. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, me puedo contactar con el Oficial de privacidad de Halifax Health llamando al número que figura en la parte superior de esta página y pidiendo que se me comunique con el Oficial de privacidad.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

EN CASO DE QUE FIRME UN REPRESENTANTE LEGAL, PROPORCIONAR UNA DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DE LA PERSONA

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



LGL INS FORM