



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA PRIVADA

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Numero del Expediente

Nombre Previo (Si aplica)

Fecha de Nacimiento

Numero de teléfono durante el día

Fechas de servicio solicitado

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Nombre/Organización: **SOUTHERN WINDS HOSPITAL**

Dirección: **4225 WEST 20TH AVENUE HIALEAH, FLORIDA 33012**

Teléfono: **786-828-7552**

Fax: **305-557-1650**

LA INFORMACIÓN SE LE PUEDE DIVULGAR A:

Nombre/Organización:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARA:

- ☐ Resumen de la Hoja Clínica
- ☐ Historia y Examen Físico
- ☐ Resultados de Laboratorios clínicos
- ☐ Consultas
- ☐ Plan de Tratamiento / Resumen

- ☐ Medicamentos
- ☐ Evaluación Siquiátrica
- ☐ Evaluación Psicológica
- ☐ Rayos X
- ☐ EKG

- ☐ otros: _____
- ☐ Abstracto (incluye demográfico, evaluación psiquiátrica, resumen de historia clínica, consultas, historia y examen físico)

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- ☐ Para el uso de otro Proveedor de Servicios
- ☐ Para el uso personal
- ☐ Continuidad de los cuidados médicos

- ☐ Solicitud de un Abogado
- ☐ Otros: (por favor explique) _____

RESTRICCIONES DE DIVULGACIÓN:

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización se vence a los treinta (30) días de haber sido firmada.

RE-DIVULGACION: Yo entiendo que una vez que la información antes mencionada sea divulgada, la misma puede ser re-divulgada por el receptor y puede que la información no este protegida por la ley federal de privacidad o sus regulaciones. Relieve de responsabilidad a la organización antes mencionada de cualquier acción legal que surja con motivo de la divulgación de la información solicitada.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que la organización antes mencionada no pondrá como condición de tratamiento el que yo firme esta autorización.

MATERIA DELICADA: A menos que yo lo restrinja, entiendo que la información contenida en mi expediente médico puede contener información con referencia a enfermedades transmitidas sexualmente, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV). También puede incluir información sobre tratamiento para enfermedades mentales, y para el abuso de drogas o alcohol. Regulaciones Federales (42CFR, Parte 2) prohíben hacer divulgaciones adicionales sin mi consentimiento por escrito como lo permita dichas Regulaciones.

CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si yo cancelo esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar la revocación al Departamento de Información de Salud. Yo entiendo que la revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada de acuerdo con esta autorización. Yo entiendo que la revocación no aplica a mi compañía de seguro cuando la ley provee a la compañía de seguro con el derecho a disputar una reclamación bajo mi póliza.

Fecha

Firma del Paciente o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

Fecha

Firma del Testigo