

Autorización para la Divulgación Información de la Salud



Yo, el abajo firmante, autorizo:

FL435: COMMUNITY HEALTH CENTERS

110 S Woodland Street Winter Garden, FL 34787

para liberar la información de mi salud como se indica a continuación:

Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____ Otros nombres durante el tratamiento? _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ N ° de teléfono _____

Divulgar información a

-Este cuadro debe ser completa a fin de solicitud para ser procesado-

Nombre / Institución: _____ Attention: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Cuidad _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Motivo de la solicitud: Personal Tratamiento Legal Seguro Discapacidad
 Transferencia Other _____

Los cargos que se describen a continuación se aplican a todas las copias enviadas directamente al paciente. El cargo no se aplica cuando los expedientes se envían directamente a un proveedor de atención médica para fines de tratamiento en curso.

Información que será revelada

A menos que se especifique lo contrario, sólo la siguiente información se publicará:

Resumen incluye información más reciente, de hasta 2 años: Historial Médico, Notas de Progreso, Laboratorios y pruebas de diagnóstico.

Por favor, proporcionar un resumen de dos años en mi historial médico

Otros - por favor sea específico en los comentarios
 * Más de 2 años, se cobrará por la Ley de Florida. Véase más abajo

Comentarios:

*Estatuto de la Florida Copia Costo: \$ 1.00 por página por las primeras 25 páginas, \$ 0.25 para todas las páginas con más de 25, más gastos de envío

OPCIONES DE PAGO:

CHEQUE: Por favor haga los cheques a nombre de BACTES Imaging Solutions.

TARJETA DE CRÉDITO: Por favor, proporcione una dirección de correo electrónico para que una factura sea enviada. Si usted no tiene una dirección de correo electrónico, la factura le será enviada a su dirección

EMAIL: _____

Si usted participa en el Programa de Descuento de Escala

Autorización para la Divulgación de la Salud

* **Necesario** - Por favor, complete las casillas de verificación siguientes indicando cómo la información protegida debe ser manejado incluso si no lo hacen las categorías necesariamente se aplican a los registros médicos del paciente

Marque una opción

Inicie en cada línea de abajo

- YO ACEPTO** **NO ACEPTO** información acerca de la **Salud Mental** * liberados _____
- YO ACEPTO** **NO ACEPTO** información sobre las pruebas de **VIH e información relacionada** pulicado _____
- YO ACEPTO** **NO ACEPTO** información sobre el **alcohol y/o abuso de sustancias** publicado _____
- YO ACEPTO** **NO ACEPTO** información acerca de _____ publicado _____

"Otra información sensible?"

PARE Por favor confirme que usted ha puesto un marca de verification y ha firmado con las iniciales todas las categorías de información protegidas encima de regardless si ellos son aplicables o no. Si la forma es incompleta, o si la información protegida no es liberada, podemos ser incapaces de realizar esta petición.

Firma del paciente _____ **Fecha:** _____

(Obligatorio para todos los pacientes mayores de 18 años. 18 años y mayores de antecedentes psiquiátricos, 14 años de edad y mayores para los registros de consumo de sustancias)

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

(Obligatorio para todos los pacientes menores de 18 años a menos que se permita la ley. Si no es el padre, la documentación de representación legal debe ser incluido)

Esta autorización vencerá 90 días a partir de la fecha que aparece arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la Información de Salud del Departamento Administración de la escritura, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones del hospital tuvieron antes de haber recibido la revocación.

Yo entiendo que bajo la ley aplicable de la información utilizada o descrita de conformidad con esta autorización puede ser objeto de divulgación por el destinatario, y no está sujeto a las protecciones de la norma de privacidad.

Entiendo que mi tratamiento o continuar el tratamiento por Community Health Centers afiliados hay manera condicionada a si estoy o no firmar la autorización y que puedo negarme a firmar el documento.

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa o sea divulga.