



Autorización para la divulgación de información médica

Yo, el abajo firmante, autorizo a FL435: Community Health Centers, 110 S Woodland St, Winter Garden, FL 34787 a divulgar mi información médica según lo indicado a continuación.

Datos del paciente:

Form fields for patient data: Nombre del paciente (impreso/ letra de molde), Otros nombres utilizados, Fecha de nacimiento, Número de teléfono, Dirección, Ciudad, Estado, C. P.

Divulgar información a:

Form fields for recipient information: Nombre / Instalación, Atención, Número de teléfono, Número de fax, Dirección, Ciudad, Estado, C. P.

Objetivo de la solicitud:

- Personal, Legal, Discapacidad, Otro
Tratamiento, Seguro, Transferencia/ Motivo

Los cargos que se describen a continuación se aplicarán a todas las copias entregadas directamente al paciente y otras entidades. El cargo no se aplica cuando los registros se envían directamente a un proveedor de atención médica para fines de tratamiento continuo.

Información a ser divulgada:

A menos que se especifique lo contrario, solo se divulgará la siguiente información. El resumen incluye lo más reciente hasta 2 años: historial médico, notas de progreso, informes de laboratorio y pruebas de diagnóstico.

- Proporcione un resumen de 2 años de mis registros.
Otro (por favor sea específico):

*Las tarifas de directivas para el paciente varían según el número de páginas y los métodos de entrega.

- Marque aquí si le gustaría que sus registros se envíen electrónicamente.
Por favor marque aquí si le gustaría que sus registros se envíen por correo postal.
Marque aquí si le gustaría que sus registros se envíen en un CD.

Opciones de pago:

CHEQUE: Por favor haga los cheques pagaderos a SHARECARE.

TARJETA DE CRÉDITO: proporcione una dirección de correo electrónico para recibir la factura. Si no cuenta con una dirección de correo electrónico, la factura se le enviará a su dirección de correo postal.

Autorización para divulgar información protegida:

Requerido - Por favor, lea y complete. Marque las casillas a continuación que indican cómo se debe manejar la información protegida, incluso si las categorías no aplican necesariamente al registro médico del paciente.

MARQUE UNA OPCIÓN

- SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre Salud Mental se divulgue
SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre Pruebas de VIH e información relacionada se divulgue
SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre Abuso de alcohol y/o sustancias se divulgue
SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre Enfermedades de transmisión sexual se divulgue
SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre Enfermedades genéticas /Pruebas de ADN se divulgue
SI ACEPTO / NO ACEPTO que la información sobre se divulgue

INICIALES

Confirme que ha marcado y colocado sus iniciales en todas las categorías de información protegida anteriores, independientemente de si son aplicables o no. Si el formulario está incompleto o si la información protegida no se divulga, es posible que no podamos cumplir con esta solicitud.

Firma del paciente Fecha
(Requerido para todos los pacientes mayores de 18 años. 18 años y mayores para registros psiquiátricos)

Firma del padre o tutor legal Fecha
(Requerido para todos los pacientes menores de 18 años, a menos que la ley permita lo contrario). Si no es el padre, se debe proporcionar documentación de representación legal)

Esta autorización vencerá 90 días después de la fecha que aparece arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que tomó la clínica antes de que recibiera la revocación. Entiendo que, según la ley aplicable, la información utilizada o descrita de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará sujeta a la protección de la norma de privacidad. Entiendo que mi tratamiento o el tratamiento continuado por parte de la clínica y sus afiliados no está condicionado a que firme o no la autorización y que pueda negarme a firmarla. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa o divulga.