



Community Health Centers, Inc
110 S Woodland St
Winter Garden, FL 34787
(407) 905-8827 (352) 314-7400
WWW.CHCFL.ORG

Autorización para la divulgación de información médica

Yo, el abajo firmante, autorizo: Community Health Centers, 110 S Woodland St, Winter Garden, FL 34787 a divulgar mi información médica según lo indicado a continuación. Las tarifas de directivas para el paciente varían según el número de páginas y los métodos de entrega.

1) Datos del paciente:

Nombre del paciente (impreso/ letra de molde)	Otros nombres utilizados	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	C. P.

2) Divulgar información a:

Nombre / Instalación	Atención	Número de teléfono	Número de fax
Dirección	Ciudad	Estado	C. P.

3) 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.

4) Elija el rango de fechas de grabación (marque solo 1 casilla)

☐ Facilite todas las historias clínicas de los dos años anteriores (historial médico, notas de evolución, informes de laboratorio y pruebas de diagnóstico).
☐ Fechas de servicio solicitadas: _____. Otros documentos de la historia clínica: _____.

5) Elija el método de entrega

☐ Enviado de forma segura (electrónicamente). Dirección de correo electrónico: _____
☐ Enviado por correo.
☐ Enviado en un CD.

6) Opciones de pago:

CHEQUE: haga los cheques pagaderos a SHARECARE.

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

7) Autorización para divulgar información confidencial:

Marque las casillas siguientes indicando cómo debe tratarse la información sensible aunque las categorías no sean necesariamente aplicables.

MARQUE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA LÍNEA

SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre *Salud Mental se divulgue	INICIALES _____
SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre * Pruebas de VIH e información relacionada se divulgue	_____
SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre * Abuso de alcohol y/o sustancias se divulgue	_____
SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre *Enfermedades de transmisión sexual se divulgue	_____
SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre *Enfermedades genéticas /Pruebas de ADN se divulgue	_____
SI <input type="checkbox"/> ACEPTO	<input type="checkbox"/> NO ACEPTO que la información sobre _____ se divulgue	_____



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)

Esta autorización vencerá 90 días después de la fecha mostrada anteriormente. 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 tomé 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 puedo negarme a firmarla. El 42 CFR, parte 2, prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usa divulgar.

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)