

Número de historia clínica _____

Centro _____

Coloque la inicial a la clasificación de información adecuada cuando corresponda

_____ Información o registros sobre tratamiento contra drogas o alcohol	_____ Información o registros sobre salud mental	_____ Información o registros sobre VIH/SIDA	_____ Información o registros genéticos
---	--	--	---

Comprendo que, según la ley de Florida, la clasificación de los registros marcados anteriormente y que se relacionan con el tratamiento que se me ha brindado es privada y confidencial, y no puede divulgarse a mi persona, a la persona que yo designe o a mi tutor legal sin un consentimiento explícito e informado. Además, comprendo que dichos registros no serán divulgados a personas y agencias diferentes a las que yo o mi representante legal hayamos designado o según lo estipule la ley de Florida.

Nombre del paciente: _____ / _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Nombre de soltera

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____

Yo, _____ autorizo a _____ a divulgar mi
Nombre del paciente/representante personal (marque una con un círculo) Nombre del centro

información de salud que se indica a continuación a la siguiente persona: (marque una opción)

_____ YO

_____ OTRA PERSONA _____
Nombre Dirección Ciudad Estado Código postal

_____ Recogeré copias de mis registros, favor de brindar mis registros en _____ formato papel _____ CD encriptado
_____ Enviar copias de mis registros a la persona, cuyo nombre figura en la lista anterior a través del servicio postal de los EE. UU.
Por favor, brindar mis registros en _____ formato papel _____ CD encriptado

A los fines de: _____

Autorizo la divulgación de información que cubre las fechas del tratamiento de: _____
El tipo y el volumen de información que se divulgará se detallan a continuación: (incluya fechas cuando corresponda):

_____ Historia clínica completa, con la excepción de: _____

_____ Antecedentes y aspecto físicos	_____ Informes de laboratorio: desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) hasta
_____ Consultas	_____ Informes radiológicos: desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha) hasta
_____ Resumen del alta médica	_____ Lista de problemas
_____ Informe operativo	_____ Fotos, (Marque con un círculo el propósito): Medios de comunicación RP Otro
_____ Informe patológico	_____ Entrevista en medios de comunicación
_____ Notas del médico sobre el progreso	_____ Otro, describir _____
_____ Indicaciones del médico	_____
_____ Registros de terapia física	_____
_____ Notas de los enfermeros	_____

- Comprendo que tengo el derecho de retirar la autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan tomado medidas de conformidad con esta autorización. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita ante el Departamento de registros médicos.
- Comprendo que la autorización para la divulgación de información de salud es voluntaria; puedo negarme a firmarla y los centros de Broward Health no basarán el tratamiento, el pago o la elegibilidad respecto de los beneficios en mi decisión de autorizar o no el uso o la divulgación solicitados. Comprendo que al destinatario se le puede prohibir divulgar información sobre el consumo de sustancias tóxicas. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se divulgará, según se estipula en CFR 164.524 (con un cargo razonable).
- Comprendo que la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización puede someterse a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información y ya no estará protegida por las leyes de confidencialidad federales o por Broward Health.
- Comprendo que Broward Health divulgará solo la cantidad mínima de información necesaria para cumplir una solicitud.
Excepto cuando se la revoque de otra manera, esta autorización caducará a los seis meses de firmada la lista que figura a continuación.

_____/_____/_____
Firma del paciente/representante personal Nombre en letra imprenta Fecha

_____/_____/_____
Firma autorizada de Broward Health Nombre en letra imprenta Fecha

_____/_____/_____
Firma Del Testigo Nombre en letra de molde Fecha

ADDRESSOGRAPH



WHITE - MEDICAL RECORD CANARY - PATIENTS