

## Autorización para divulgar registros médicos

Área de servicio	<input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario <input type="checkbox"/> Lakeside Medical Center <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada <input type="checkbox"/> Helicóptero de emergencias médicas (Trauma Hawk) <input type="checkbox"/> Transporte terrestre				
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento		Nº de registro médico	
Dirección					
Correo		Nº de teléfono			
Verificación de identidad (identificación emitida por el gobierno, por ejemplo, número de licencia de conducir y fecha de vencimiento)					

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

RANGOS DE FECHAS:    TODOS    a

Divulgación de la PHI del paciente <u>de</u> :		Divulgación de la PHI del paciente <u>a</u> :	
Persona, clase de persona y/u organización		Persona, clase de persona y/u organización Health Care District -Community Health Centers	
Dirección		Dirección 1515 N Flagler Drive STE 101 WPB FL 33401	
Fax	Teléfono	Fax 561-804-5643	Correo recordsrequest@hcdpbc.org
Se podrá divulgar la siguiente información médica protegida (seleccione los casilleros que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de Papanicolau <input type="checkbox"/> Resultado de diagnóstico/imágenes <input type="checkbox"/> Nota de progreso <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Registros/Historial de vacunación <input type="checkbox"/> Notas de consulta <input type="checkbox"/> Resumen de alta del hospital/departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Otro: _____			

Además, autorizo a que se divulgue la siguiente información, la cual puede estar incluida en la información médica protegida mencionada arriba (seleccione y coloque sus iniciales en todas las categorías aprobadas)

<input type="checkbox"/> Salud mental: _____ (inicial)	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____ (inicial)
El propósito de la divulgación es:	

- Entiendo que, por ley federal, el Health Care District of Palm Beach County y las entidades afiliadas, incluidas, entre otras, el centro de salud comunitario (Community Health Center), Lakeside Medical Center, el Centro de enfermería especializada, el helicóptero de emergencias médicas (Trauma Hawk) y el servicio de transporte terrestre no pueden usar ni divulgar información médica protegida sin autorización, salvo del modo dispuesto en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para que la información médica protegida descrita se utilice y divulgue del modo indicado. Por la presente, libero al Health Care District of Palm Beach County, sus entidades afiliadas y sus empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información como he indicado.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando lo haga por escrito, a la atención de la persona o institución mencionada arriba. Entiendo que la revocación no será aplicable a actos ya realizados como resultado de esta autorización.
- Entiendo que el Health Care District of Palm Beach County y las entidades afiliadas no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a la firma de esta Autorización.
- Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad de la información médica y podría ser divulgada por la persona u organización que la reciba.
- Entiendo que, previa solicitud, tengo derecho a obtener una lista de las entidades a las que se le reveló mi información.
- Si el Health Care District of Palm Beach County o su entidad afiliada ha solicitado esta Autorización, entiendo el Health Care District of Palm Beach County o su entidad afiliada me entregará una copia de este Formulario de Autorización una vez completado y con la firma incluida.

Esta autorización vence automáticamente al cumplirse un (1) año de la fecha de firma, en tanto no se especifique otra fecha o acontecimiento.	Fecha de vencimiento o acontecimiento:
He leído y comprendo la información de este formulario de autorización.	
Nombre en letra imprenta y firma del paciente o de su representante legal	Fecha:
Nombre en letra imprenta y firma del testigo	Fecha: