

Autorización para divulgar información médica protegida

Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de solicitud: _____

Teléfono del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social _____ Número de registro médico _____

Solicito que Health First: divulgue (revele) a: **U** obtenga de: mi información de salud (registro médico):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax (solo para proveedores médicos) _____

Información solicitada (se pueden aplicar cargos)

- Health First's Cape Canaveral Hospital Health First's Holmes Regional Medical Center
 Health First's Palm Bay Hospital Health First's Viera Hospital Health First Medical Group
 Otro (especificar): _____

La información que se usará o divulgará es de los siguientes tipos (marque las casillas correspondientes y agregue información adicional donde se indique):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Registro de dosis efectiva | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de cardiología | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología | <input type="checkbox"/> Notas de consultorio/clínica |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Pedidos médicos | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | (especificar fechas): _____ |

Fechas de servicio que se solicitan: _____

- En papel Formato electrónico (CD, si está disponible)
 Fax (solo para proveedores de atención médica) Enviar registros por correo
 Retiro en persona (debe esperar se presenta el paciente
48 horas para el procesamiento): se presenta la persona designada, nombre _____
(Se exige identificación con fotografía para el retiro)

La información cuya divulgación autorizo se utilizará con los siguientes propósitos:

- Registros personales Fines legales Seguro Continuación de la atención
 Otro (especificar): _____

Health First's Cape Canaveral Hospital, Cocoa Beach, FL
Health First's Holmes Regional Medical Center, Melbourne, FL
Health First's Palm Bay Hospital, Palm Bay, FL
Health First's Viera Hospital, Viera, FL
Health First Medical Group

Autorización para divulgar información médica protegida

Autorización

Autorizo a Health First, Inc. y la entidad mencionada anteriormente a realizar la divulgación según lo especificado en la página uno.

Comprendo que el registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y sobre tratamiento por abuso de alcohol y drogas. Si no deseo que se divulgue esta información, lo dejaré indicado en este formulario.

Comprendo que puedo cancelar o anular (revocar) esta autorización escribiendo al Departamento de Administración de Información Médica (HIM), con excepción de las medidas que ya se hayan tomado en función de esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía aseguradora cuando la ley le proporcione a esta el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.

Comprendo que, a menos que se revoque, esta autorización vencerá a los seis meses a partir de la fecha en que se firmó o la fecha que yo especifique _____.

Comprendo que, una vez que se divulgue la información indicada anteriormente, el destinatario puede divulgarla nuevamente y la información ya no gozará de la protección de las leyes ni reglamentaciones federales de privacidad.

Comprendo que la autorización del uso o de la divulgación de la información que se especifica anteriormente es voluntaria. No tengo la obligación de firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención médica.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de HIM (registros médicos) a la dirección que se indica más abajo.

- Soy el/la paciente y comprendo y acepto lo dispuesto en esta autorización.
- Comprendo y acepto lo dispuesto en esta autorización como representante legal del paciente.

Firma del paciente o el representante legal _____ Fecha _____

▪ Si firma el representante legal, indicar la relación con el paciente _____

▪ Documentación presentada para probar la relación (especificar el documento) _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Centros principales del Departamento de Administración de Información Médica:

Health First's Holmes Regional Medical Center

1350 S. Hickory St., Melbourne, FL 32901

Teléfono 321.434.3288 | Fax 321.434.5027

Health First Medical Group (HFMG)

730 Malabar Road., Malabar, FL 32950

Teléfono 321.549.0695 | Fax 321.724.8069

PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVO: la solicitud de acceso/divulgación se otorgó se otorgó parcialmente se denegó

Si se denegó el acceso/la divulgación y el paciente solicita una revisión de la denegación, comuníquese con la oficina de Administración de Información Médica que se indica más arriba.

Solicitud verificada y procesada por: Identificación universal _____ Fecha _____

Forma de identificación que se presenta para la verificación: Licencia de conducir Identificación del gobierno

Otra (especificar) _____

Health First's Cape Canaveral Hospital, Cocoa Beach, FL
Health First's Holmes Regional Medical Center, Melbourne, FL
Health First's Palm Bay Hospital, Palm Bay, FL
Health First's Viera Hospital, Viera, FL
Health First Medical Group