

Entrega: _____

Historial médico # _____

Mandar por correo: _____

**JACKSON HEALTH SYSTEM
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR HISTORIALES MÉDICOS CONFIDENCIALES**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA(S) DE TRATAMIENTO: _____

NÚMERO DE TEL: _____

1. Por favor, tome en cuenta que:

- El Fideicomiso de Salud Pública es requerido bajo la ley federal y estatal para proteger su información de salud.
- La persona u organización que recibe su información de salud podría no estar requerido de protegerla por la ley federal y podría compartir su información con otros sin su permiso. La persona u organización que recibe la información de su salud podría estar requerido por la ley estatal de utilizar su información sólo para los fines que declaró y no podrá compartir su información sin su permiso por escrito. En particular, la persona u organización receptora no tendrá autorización para compartir cualquier información sobre los resultados de las pruebas de VIH, abuso de sustancias, psiquiátricos/psicoterapia o asalto sexual sin su permiso.
- El organismo de Fideicomiso no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios ya sea que usted firme o no esta Autorización.
- No tiene que firmar este formulario de Autorización, pero si no lo hace, no se va a proporcionar su información médica a la persona u organización que la solicite.
- Puede cambiar de opinión y revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento. Si el Fideicomiso no ha emitido aún su información de salud y usted cambia de opinión, su información no será divulgada. Sin embargo, si el Fideicomiso se basó en esta Autorización antes de que usted cambiara de opinión y su información de salud ha sido divulgada, la persona u organización a la cual se le facilitó el informe aún podría revelar su información de salud si ya la han recibido. El Fideicomiso se basó en esta Autorización si el Fideicomiso remitió su información de salud a la persona u organización que usted solicitó.
- Para revocar esta Autorización debe escribir al Oficial de Privacidad al Jackson Health System, Jackson Health System, Jackson Medical Towers, 1500 N.W. 12th Avenue, Suite 102, Miami, Florida 33136.
- Su permiso para divulgar su información de salud expirará automáticamente en doce (12) meses a partir de la fecha que usted firme este formulario, a menos que usted revoque su permiso antes o elija una fecha diferente: _____ (exponga una fecha o evento específico - por ejemplo, al final del estudio de investigación, dentro de seis meses a partir de hoy, etc.).

2. Yo, _____ (paciente/representante autorizado) doy permiso al Fideicomiso de Salud Pública del Condado Miami-Dade/Jackson Health System de divulgar la información de salud que identifique _____ paciente (Seleccione uno de los siguientes):

a. Historial Médico Completo (abarca el período(s) de: _____)

(Tenga en cuenta que al seleccionar esta opción no se le dará comprobante de facturación. Con el fin de solicitar sus comprobantes de facturación, por favor seleccione la opción 2.c. Los resultados de las pruebas de VIH podrían ser divulgados junto con su Historial Médico Completo si ha firmado una Autorización previa por escrito para divulgarlos resultados de la prueba del VIH.):

b. Historial completo de Psiquiatría/Psicoterapia (abarca el período(s) de: _____)

(No es posible combinar esta autorización para divulgar el historial psiquiátrico/psicoterapéutico junto con cualquier otra autorización para la divulgación de los historiales. Por favor, complete un segundo formulario de Autorización para divulgar cualquier otro historial de salud.):

c. Los comprobantes de facturación (abarcan el período(s) de: _____)

d. La divulgación se limitará a los siguientes tipos específicos de información (abarcan el período(s) de: _____):

- Resumen de alta
- Historial del servicio de urgencias
- Notas sobre el progreso
- Informes operativos
- Los informes de patología
- Informes EKG
- Expediente y examen físico
- Informes de consulta
- Pruebas de laboratorio

- Radiografías u otras imágenes
- Diapositivas quirúrgico/autopsia
- Descripción sobre la condición médica por su nombre, diagnóstico, tratamiento, etc.
- Las fotografías, cintas de vídeo, cintas de audio, otras grabaciones
- Información de seguro médico
- Historial de pacientes ambulatorios
- Los informes de laboratorios clínicos
- Otro (especifique): _____ **U**

e. Otros: _____



MIAMI, FLORIDA 33136-1096

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR HISTORIALES MÉDICOS CONFIDENCIALES



3. Yo, (Paciente/Representante Autorizado) _____ doy consentimiento específico para divulgar mi historial médico que se relaciona con las siguientes áreas (por favor firme su nombre al lado de todas las que aplican):

_____ Resultados de la Prueba del VIH _____ Abuso de Sustancias _____ Asalto Sexual

4. El propósito por el cual se da a conocer mi información de salud es: (Por favor, ponga sus iniciales)

_____ Cuidado Continuo _____ Legal _____ Seguro _____ Personal _____ Otro: _____

5. Doy permiso para que la información de salud mencionada anteriormente pueda ser divulgada a la siguiente persona(s), organización(es) o entidad(es):

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____

PATIENT IMPRINT

Firma del paciente Fecha

Progenitor(a)/Representante Autorizado - firma y nombre

Indique relación con el Paciente

<<Produce in duplicate with instruction to give one copy to patient or authorized representative.>> (< <Deberá elaborarse por duplicado con instrucciones de entregarle una copia al paciente o representante autorizado.> >

