

## BayCare Urgent Care

### Solicitud de Acceso y Autorización para el Uso o la Divulgación de Información Médica Protegida

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a **BayCare Urgent Care**,

A ☐ Divulgar a u ☐ Obtener mis registros médicos de:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Mediante: ☐ Portal para Pacientes (Debe tener una Cuenta del Portal para Pacientes de BayCare)

☐ Papel (Correo Postal)

El propósito de este pedido: ☐ Personal ☐ Tratamiento (cuidado continuo) ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Complete la siguiente información específica para las siguientes fechas de visita: \_\_\_\_\_

El tipo de información que se utilizará o divulgará será el siguiente (marque las casillas correspondientes e incluya información adicional en el lugar indicado).

☐ Notas de Consulta ☐ Resultados de Laboratorio ☐ Electrocardiograma ☐ Resultados de Radiología

☐ Registro Completo ☐ Otro (describa): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información médica protegida especificada arriba puede incluir información sobre salud mental, abuso de sustancias (drogas, alcohol), información sobre el estado del VIH/sida, y registros de diagnóstico y tratamiento. Entiendo que, si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de seguro médico ni un proveedor de atención médica, la información divulgada podría no contar con la protección de las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no es necesario que firme esta autorización para recibir tratamiento. Esta autorización será válida por seis meses a partir de la fecha en que firme a continuación.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento o centro que figura en la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico si la ley le otorga a la aseguradora el derecho a impugnar una reclamación según mi póliza.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient or Authorized Person: ☐ Parent ☐ Legal Guardian ☐ Executor ☐ Power of Attorney

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Devuelva la autorización completa mediante uno de los siguientes métodos: envíelo por correo electrónico a [BMGMedicalRecordRequest@baycare.org](mailto:BMGMedicalRecordRequest@baycare.org) o llévelo a su BayCare Urgent Care ubicación.

3000



BAYCARE URGENT CARE RELEASE OF PROTECTED  
HEALTH INFORMATION

BC 7290

Rev. 02/26

P  
A  
T  
I  
E  
N  
T