

Autorización para Usar o Revelar Información Médica Protegida

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BayCare Alliant Hospital | <input type="checkbox"/> Mease Dunedin Hospital | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Hospital | <input type="checkbox"/> South Florida Baptist Hospital |
| <input type="checkbox"/> BayCare Behavioral Health | <input type="checkbox"/> Morton Plant Hospital | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Children's Hospital | <input type="checkbox"/> Winter Haven Hospitals |
| <input type="checkbox"/> BayCare Hospital Wesley Chapel | <input type="checkbox"/> Morton Plant North Bay Hospital | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Women's Hospital | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Bartow Regional Medical Center | <input type="checkbox"/> Northside Behavioral Health | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Hospital – North | |
| <input type="checkbox"/> Mease Countryside Hospital | <input type="checkbox"/> St. Anthony's Hospital | <input type="checkbox"/> St. Joseph's Hospital – South | |

Autorizo a las instalaciones antes mencionados a divulgar información médica, mental, sobre alcoholismo y/o drogadicción, pruebas de VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA, trastornos alimentarios o cualquier otro tipo de información médica de carácter delicado a las siguientes personas u organizaciones:

Información del Paciente (escriba en letra de imprenta)

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Nombre en el momento del tratamiento (si es diferente del anterior):					
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)			Teléfono:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:

¿Qué registros desea? (Seleccione a continuación las casillas que correspondan):

La información cuya revelación estoy autorizando se utilizará para el siguiente propósito:

Descripción: _____

Fechas del servicio: De ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

- Resumen del alta
 Registro de la Sala de Emergencia
 Informe de la operación o procedimiento
 Resumen de la visita
 Documentos de facturación
 Resultados de pruebas (radiografías, resultados de laboratorio o patología). Especifique: _____ Notas de psicoterapia
 Otro (registros de vacunación, lista de medicamentos). Especifique: _____ Evaluación psiquiátrica Plan de tratamiento

¿Cómo desea que se entreguen sus registros? (Elija uno)

<input type="checkbox"/> Impresos <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Por correo o <input type="checkbox"/> Los recogerán en persona	<input type="checkbox"/> Formato electrónico (debe tener cuenta en el Portal de Pacientes de BayCare) <input type="checkbox"/> Portal de Pacientes
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Adónde desea que se envíe la información? (Llene los siguientes recuadros):

Nombre:		Teléfono:	
Dirección postal:		Fax:	

Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no necesito firmar esta autorización para asegurar el tratamiento. Esta autorización tendrá una validez de un año a partir de la fecha en que se firmó, la cual se indica más adelante.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento o centro de atención que se indica en la autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

Firmado: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o persona autorizada: Padre o madre Tutor legal Albacea testamentario Poder de representación
 Identificación con fotografía verificada

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Copiado por: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Páginas copiadas: _____

<p>1019</p>  <p>AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION BC 4761S</p>	<p>P A T I E N T</p>
<p>Rev. 02/23</p>	