

Sección A: Autorización para divulgar información de salud protegida (ISP) (POR FAVOR, ESCRIBA DE FORMA LEGIBLE)

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Seleccione el método de entrega preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo	
		Teléfono del Dpto. de registros médicos: 561-798-8680 Fax: 561-798-8578	
Dirección de correo electrónico del paciente:	Nombre del receptor (persona o organización que recibirá la información):		
	Dirección:		
N.º de fax (Para el médico o el hospital):	Número de apartamento:	Ciudad:	Estado:
	Código postal:		

La presente autorización expirará en 60 días o de acuerdo con lo siguiente: (Complete con la Fecha o el Evento, pero no con ambos.)
 Fecha: _____ o **Evento:** _____

Descripción de la información a usar o divulgar

¿La solicitud corresponde a las notas de psicoterapia? Sí, entonces este es el único artículo que puede solicitar mediante la presente autorización. Debe presentar otra autorización para los artículos que se mencionan a continuación. No, entonces puede marcar todos los artículos a continuación, según sea necesario.

Descripción:	Fecha(s) de Servicio:	Descripción:	Fecha(s) de Servicio:	Otra:
<input type="checkbox"/> Resumen de los registros médicos: <input type="checkbox"/> Consultas: <input type="checkbox"/> Instrucciones de descarga: <input type="checkbox"/> Resumen de alta: <input type="checkbox"/> Registro ER: <input type="checkbox"/> Historia y Físico: <input type="checkbox"/> Informes de imágenes:		<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio: <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos: <input type="checkbox"/> Informe Operativo: <input type="checkbox"/> Órdenes del médico: <input type="checkbox"/> Notas de progreso: <input type="checkbox"/> Tiras rítmicas:		<input type="checkbox"/> Registros de facturación, por favor llame 866-772-6309 <input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología, llame al departamento de radiología al 561-798-8514, las imágenes no se pueden enviar por correo electrónico

Acepto, y por la presente doy mi consentimiento para tal efecto, que la información divulgada puede contener datos relacionados con el consumo de alcohol, el abuso de drogas, las notas de psiquiatría, los resultados de pruebas de HIV, los resultados de HIV o la información sobre SIDA. _____ (Iniciales)

- Comprendo que:
- Puedo negarme a firmar la presente autorización y que ésta es estrictamente voluntaria.
 - Si no firmo este formulario, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados, salvo que se indique lo contrario en la Sección C.
 - Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, sin embargo, en caso de hacerlo, esto no afectará ninguna de las acciones que se hallan llevado a cabo previo a recibir la revocación.
 - Se pueden obtener más detalles en el Aviso de prácticas de privacidad.
 - Si el solicitante y quien recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada ya no estará protegida por las reglamentaciones federales sobre la privacidad y que se puede volver a divulgar.
 - Comprendo que puedo consultar y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copiado razonable, en caso de solicitarla.
 - Puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: El solicitante de esta ISP, ¿es otro plan de salud, proveedor de atención médica o es a los fines de mercadeo? No Sí
 En caso afirmativo, el plan de salud, el proveedor de atención médica o la compañía que lleva a cabo las operaciones de mercadeo deben completar la Sección B, de otro modo, avance a la Sección C.

¿Cuál es el propósito de este uso o de esta divulgación?

¿El solicitante recibe algún tipo de retribución económica o en especies por usar o divulgar esta información? Sí No
 Si la respuesta es sí, describa:

Sección C: ¿Se generará la ISP para fines de investigación y se incluirá el tratamiento del paciente? No Sí
 Si la respuesta es sí, complete la Sección C a continuación, de otro modo avance a la Sección D.

Describa hasta qué punto la PHI se usará o divulgará para realizar un tratamiento, el pago u operaciones de atención médica.

Describa aquellas divulgaciones que NO se harán, incluso si se permiten por ley.

¿El solicitante considerará obtener el consentimiento del paciente y/o proporcionar un aviso de prácticas de privacidad? Sí, entonces todas las declaraciones anteriores son vinculantes. No

Sección D: Firmas (Se debe completar esta sección)

He leído todo lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida, según se manifiesta.

Firma del paciente/tutor/representante:	Fecha:
--	---------------

Nombre en letra de molde del paciente/tutor/representante:	Relación con el paciente:
---	----------------------------------

Wellington Regional Medical Center
 10101 Forest Hill Boulevard
 Wellington, Florida 33414

RELEASE OF INFORMATION (SPANISH)

791-01S
 Rev. 02/22

Patient Identification

