

## Hialeah Hospital

### Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **Hialeah Hospital** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
2) <b>LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:</b>				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____				Fax n.º _____
Dirección (en letra de molde) _____				N.º de teléfono _____
Ciudad	Ciudad	Código Postal		
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

**3) Método de entrega preferido -**

- Correo electrónico  
 Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba  
 Recepción en persona

**4) Fechas de tratamiento desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                         | <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Consulta                                 | <input type="checkbox"/> Informes de patología  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias                      | <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)     |   | _____   |

**6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No** revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/> Documentación de los proveedores de salud mental/conductual*		<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/Resultados de las pruebas*	
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de detección de VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas Tratamiento*** o <input type="checkbox"/> abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Comunicaciones confidenciales con un trabajador social		<input type="checkbox"/> Abuso y abandono de niños y adultos mayores	
<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de agresión sexual/violación		<input type="checkbox"/> Orientación para víctimas de violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual			

\* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia

\*\* El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.

\*\*\* Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento". (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2**



Hialeah Hospital

Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud \_\_\_\_\_ (especifique fechas de servicio).

8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:

Atención médica  Legal  Seguro  Personal  Otros \_\_\_\_\_

\*Se pueden aplicar cargos

9) PLAZO: Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que Hialeah Hospital atienda esta solicitud..
 Desde la fecha de la autorización hasta \_\_\_\_\_ el día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_
 Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_
 Otro: \_\_\_\_\_

10) REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a Hialeah Hospital por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Hialeah Hospital reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que Hialeah Hospital haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica
Hialeah Hospital
651 East 25th Street,
Hialeah, FL 33013

11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD: Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en Hialeah Hospital.

12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR: Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por Hialeah Hospital.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, Hialeah Hospital tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El St. Hialeah Hospital me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a Hialeah Hospital, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde Testigo

For Office Use:
 I.D Verification \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
Firma del representante personal

Nombre en letra de molde del representante del paciente Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre

Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
 Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request Print Name Date Time

