Sebastian River Medical Center
Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida

(iniciales del personal) N.º de expediente médico _____

Por la presente autorizo a **Sebastian River Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

1) NOMBRE DEL PACIENTE: (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número(s) de teléfono de contacto:_____

Correo electrónico: (Si corresponde) _____

2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:

_____
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde)

_____
Dirección (en letra de molde) Ciudad Ciudad Código Postal

_____
Correo electrónico: (Si corresponde)

Fax n.º_____

N.º de teléfono_____

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:

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

_____
_____
_____

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

Revelación	Firma	Revelación	Firma
❑		❑	
❑		❑ ❑	
❑		❑	
❑		❑	
❑			

*** 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

Sebastian River Medical Center
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** ❑ **Person** ❑ **Otros**_____

*Se pueden aplicar cargos

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

❑ Hasta que **Sebastian River Medical Center** 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 **Sebastian River Medical Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Sebastian River Medical Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Sebastian River Medical Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Gestión de la información médica
Sebastian River Medical Center
13695 US Highway 1
Sebastian, FL 32958

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 **Sebastian River Medical Center**.

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 **Sebastian River Medical Center**.

13) ACCESO: Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Sebastian River Medical Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Sebastian River Medical Center** 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 **Sebastian River Medical Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) _____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ ❑
Nombre del paciente en letra de molde Testigo

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

15) _____ _____
Firma del representante personal Fecha

_____ _____
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