



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER, DIVULGAR O REVISAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EL SOLICITANTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
 Dirección: _____ No. SS: _____
 Nombre del solicitante: _____ I.D. mostrada _____ Método de envío: Correo Retira

ESPECIFIQUE SI DESEA QUE DIVULGUEMOS, OBTENGAMOS O REVISEMOS INFORMACIÓN

Por medio de este documento autorizo a los consultorios pediátricos del Hospital Arnold Palmer a:

Divulgar información a:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

(Política de Orlando Health – Sólo enviamos faxes a establecimientos médicos)

Obtener información de:
 Nombre del establecimiento: _____
 Dirección del establecimiento: _____
 Teléfono del establecimiento: _____
 Fax del establecimiento: _____

Enviar expedientes por fax a:
 Gestión de información de salud del APH: 321.843.6854
Enviar expedientes por correo a: 83 W. Columbia St., Orlando, FL 32806

Permitir la revisión de expedientes médicos:
 Nombre del revisor: _____
 Relación con el paciente: _____

Marque las consultas pertinentes utilizadas por el paciente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Craneomaxilofacial | <input type="checkbox"/> Neurocirugía |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Neumonología |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas | <input type="checkbox"/> Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

Expedientes que se divulgarán

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Radiología |
| <input type="checkbox"/> Notas del consultorio | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas | |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | |

Propósito de la divulgación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguros | <input type="checkbox"/> Tratamiento continuado |
| <input type="checkbox"/> Acciones legales | <input type="checkbox"/> Uso personal |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ | |

Esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o situación: _____

Comprendo que esta autorización se extiende a todos o parte de los expedientes mencionados anteriormente, los cuales pueden incluir información psiquiátrica y/o asesoramiento o pruebas genéticas y/o abuso de alcohol o drogas y/o sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y/o pueden incluir el resultado de una prueba de VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Expresamente consiento la divulgación de la información detallada anteriormente a menos que se indique abajo con mis iniciales o que lo exija la ley.

NO puede incluir información relacionada con (marque con sus iniciales):

____ VIH/SIDA ____ Salud mental ____ Abuso de drogas o alcohol ____ Asesoramiento genético o información de pruebas

Si dejo de especificar un evento o situación para la expiración, la autorización vencerá en un año. Entiendo que esta autorización es revocable mediante un aviso escrito al consultorio en el que se guardan los originales, excepto en la medida en que esa acción ya se haya realizado con esta autorización. Entiendo que mi información protegida de salud usada o divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte del receptor y la privacidad de mi información de salud protegida ya no estará protegida por la ley. También comprendo que Orlando Health no puede condicionar el suministro de tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para beneficios en base al otorgamiento de esta autorización. Entiendo que recibiré una copia firmada de este formulario.

 Paciente/Representante legal o Padres/Tutor legal Firma

 Fecha

SÓLO PARA USO OFICIAL:

Nombre: _____ Fecha: _____ Divulgación de información
 Número de páginas copiadas: _____ Asistencia con la revisión

Deseo revocar esta autorización. Firma: _____ Fecha: _____