

**Instrucciones:** Favor de llenar esta forma completamente. Se va a suponer que los artículos que no se marcan o los blancos que no se llenan no aplican o no están específicamente autorizados para la divulgación. La divulgación no es válida a menos que tenga la fecha y firma del paciente o representante legalmente autorizado.

**YO AUTORIZO A** \_\_\_\_\_ **A REVELAR/DIVULGAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA**

NOMBRE DE LA FACILIDAD

**ABAJO AL SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM**

**YO AUTORIZO SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM A DIVULGAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA A CONTINUACIÓN PROVENIENTE DE LOS RÉCORDS DE SALUD DE:**

Nombre del Paciente: _____		
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Medio
Nombre anterior, si es aplicable: _____		
Fecha de Nacimiento del Paciente _____	Núm. de Seguro Social del Paciente _____	Núm. de Teléfono _____

**ESTA INFORMACIÓN ES PARA SER REVELADA/DIVULGADA A: (Incluya la dirección postal)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CUBRIENDO LOS SIGUIENTES MARCOS DE TIEMPO DE LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD O CONDICIONES RELACIONADAS CON:**

\_\_\_\_\_

**PARA PROPÓSITOS DE:**  Continuar con el tratamiento  Facturación  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA SER REVELADA/DIVULGADA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del Alta Médica                                | <input type="checkbox"/> Documentación de Rehabilitación   |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo                                      | <input type="checkbox"/> Informe de Emergencia   |
| <input type="checkbox"/> Historial y Examen Físico                              | <input type="checkbox"/> Abstracto (Historial y Físico, Informe Operativo, Consultas, Resumen del Alta Médica, Formulario de Reconciliación de Medicamentos del Alta Médica) |
| <input type="checkbox"/> Análisis de Laboratorio                                | <input type="checkbox"/> Réconds de Facturación/Factura Desglosada   |
| <input type="checkbox"/> Informes de Consultas                                  | <input type="checkbox"/> Récond Médico Completo – incluyendo todas las fechas de servicio y cualquier condición médica tratada   |
| <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de vídeo, rayos-X u otras imágenes | <input type="checkbox"/> Otra: _____   |
| <input type="checkbox"/> Informes de Cardiología (Imágenes)                     |  |
| <input type="checkbox"/> Informes de rayos-X (Imágenes)                         |  |

Yo entiendo que esto va a incluir información relacionada con (coloque sus iniciales, si es aplicable):

- \_\_\_\_\_ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)  
\_\_\_\_\_ Salud Mental  
\_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas  
\_\_\_\_\_ Enfermedad Transmitida Sexualmente

**POSIBILIDAD DE NUEVA DIVULGACIÓN:** Yo entiendo que cualquier información divulgada puede estar sujeta a la nueva divulgación y ya no estará protegida por las regulaciones estatales y federales.

**EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN:** Yo entiendo que esta autorización es válida por seis (6) a partir de la fecha en que la firmo o hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento), a no exceder los 24 meses. Yo tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación entrará en efecto el día en que se recibe, excepto hasta donde ya se haya actuado con ella o si la autorización fue obtenida como condición para obtener una cubierta de seguros.

**CONDICIONES DE TRATAMIENTO:** Yo entiendo que el Sarasota Memorial Health Care System o agencia no puede condicionar el tratamiento a la firma de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si otra persona que no es el paciente es la que firma, indique el parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM**

SMH-Sarasota  SMH-Venice  First Physicians Group

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**(AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION)**

