

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"/> Informe de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <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"/> Historial y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Réconds de Facturación/Factura Desglosada |
| <input type="checkbox"/> Análisis de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Estimado de buena fe (EPRO) |
| <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) | |
| <input type="checkbox"/> Documentación de Rehabilitación | |

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)



922299 Rev. 04/2022

MR# _____

HOSPITAL PERSONNEL ONLY:
Acknowledged by (signature/date):

Processed: Yes No **Number of pages:** _____