

Instrucciones: Rellene este formulario en su totalidad. Se supone que los campos no marcados ni rellenos no aplican o su divulgación no se autoriza específicamente. Esta autorización no es válida sin estar firmada y fechada por el paciente o su representante autorizado por ley.

AUTORIZO A _____ (Instalación) **A DIVULGAR/REVELAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN A**

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

AUTORIZO A SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM A DIVULGAR/REVELAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA A CONTINUACIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DE:

SMH-Sarasota **SMH-Venice** **SMH-Centros de Atención Médica Urgente** **First Physicians Group**

Nombre del paciente: _____		
Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Nombre anterior, si aplica: _____ Fecha de nacimiento _____ Nro. de teléfono _____		

ESTA INFORMACIÓN SE LE DEBE DIVULGAR/REVELAR A: (Incluir la dirección)

Nombre del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Nro. de teléfono del destinatario _____ Fax del destinatario: _____

Y ABARCA LOS SIGUIENTES PERÍODOS DE TIEMPO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA O PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON:

PARA PROPÓSITOS DE: Seguimiento de tratamiento A solicitud del paciente Destinatario tercero – Especificar propósito: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE DEBE DIVULGAR/REVELAR:

Todo documento clínico pertinente

Registros de facturación

Toda imagen pertinente (incluye las siguientes):

Imágenes de radiología en CD o Enlace electrónico a la imagen

Imágenes de cardiología en CD o Enlace electrónico a la imagen

Correo electrónico: _____

Factura detallada

Resumen de verificación de facturas

Estimado de Buena Fe (EPRO)

Otra (Especificar)

MEDIANTE EL SIGUIENTE FORMATO:

Correo electrónico codificado a: _____ **Fax** **Envío por correo a la dirección especificada** **Entrega en persona**

Comprendo que se incluirá información relacionada con (marcar con sus iniciales si corresponde):

_____	Salud Conductual
_____	Tratamiento para trastornos de uso de sustancias
_____	Pruebas o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)/ virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
_____	Pruebas genéticas

POSIBILIDAD DE REDIVULGACIÓN: Comprendo que la información divulgada puede estar sujeta a la redivulgación y dejar de estar protegida por las regulaciones estatales y federales.

CADUCIDAD Y REVOCACIÓN: Comprendo que esta autorización es válida por un plazo de 6 meses a partir de la fecha en que se firme, o hasta _____ (fecha o suceso), por un plazo no superior a 24 meses. Tengo derecho a revocar esta autorización mediante una declaración por escrito en cualquier momento dirigida a SARASOTA MEMORIAL HOSPITAL, ATTENTION: HEALTH INFORMATION MANAGEMENT SERVICES, 1700 S. Tamiami Trail, Sarasota, FL 34239-9989. La revocación entrará en vigor el día en que se reciba excepto en la medida en que ya se haya emprendido medidas o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro médico.

Nota: Esta autorización se procesará en el momento de ser recibida y sólo concierne a la divulgación de lo especificado en esta solicitud.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO: Comprendo que Sarasota Memorial Health Care System (o la instalación) no puede exigir que firme esta autorización como condición de tratamiento, pago, inscripción en un seguro médico o requisito para recibir beneficios de atención médica.

Firma del paciente o representante autorizado por ley*

Fecha

*Si el que firma no es el paciente, declarar su relación: _____

Firma del testigo

Fecha

SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION



922299 Rev. 10/2024

MR# _____

HOSPITAL PERSONNEL ONLY - PERSONAL

HOSPITALARIO SOLAMENTE:

Acknowledged by (signature/date): _____

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