

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD**

Todas las secciones de este formulario deben completarse para que se consideren validas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

**Solicito que mi información de salud protegida (PHI) de GenesisCare USA se divulgue a:**

Nombre del recipiente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax (solo para proveedores de atención medica): \_\_\_\_\_

**Solicito que la siguiente PHI de mis registros médicos sea relevada, a continuación:**

**Fechas específicas de tratamiento:** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_

- Informes de Consulta    Imágenes de diagnóstico    Registros de dosimetría    Resultados de laboratorio  
 Notas del Medico    Imágenes de Simulación    Notas de progreso    Reportes de Radiología o imágenes  
 Cirugía/Patología    Expediente médico completo    Registros de facturación    Registros de Genética  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Propósito de la información solicitada:**    Continuidad de Cuidado    Seguro médico    Legal    Personal    Otro: \_\_\_\_\_

**Formato de divulgación:**    Correo - papel,    Fax (solo para proveedores de atención medica),    Correo electrónico codificado,  
 CD/memoria USB – formato seguro, u    Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento de abuso de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo a Health Information Management Department, 2270 Colonial Blvd, Fort Myers, FL 33907. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado correspondiente a esta autorización.
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducara en la siguiente fecha/evento/condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad/evento/condición, esta autorización caducara un año después de la fecha en que se firme.
- El tratamiento de pago, inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que firme esta autorización.
- Cualquier divulgación de información lleva la posibilidad de ser Re divulgada sin autorización, y es posible que dicha información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

**Firma del paciente/**

**representante autorizado** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_ **Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

\*Si esta firmado por un representante autorizado por el paciente, la documentación legal indicando la misma deberá acompañar este formulario de autorización.

Licencia de conducir o identificación con foto (requerida cuando se recogen los registros): Licencia de conducir/Estado:  
 \_\_\_\_\_ **Numero:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Firma de testigo**

Envíe el formulario completo a: \_\_\_\_\_

---

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

1. Complete la primera sección con el nombre del paciente, fecha de Nacimiento, dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono.
2. **Solicito que mi información de salud protegida (PHI) de GenesisCare USA se divulgue a:**  
Complete el nombre de la persona o compañía a al que desea que le enviemos las copias. Si las copias son para usted, indique "Self". Además, complete la información de contacto, incluyendo el teléfono, la dirección y el numero de fax, si las copias se envían a otro proveedor de atención médica. Si los registros se recogerán en persona, indique el nombre de la persona que los retirara.
3. **Solicito que la siguiente PHI de mis registros médicos sea relevada, a continuación:**  
Marque los documentos que solicita. Los resultados de los exámenes cuando se marcan individualmente son generalmente para fechas específicas de servicio como se indica en la siguiente sección.
4. **Fechas de tratamiento específico:** Si no recuerda las fechas específicas, indique un marco de tiempo, como el mes pasado, los últimos 6 meses, etc. .
5. **Propósito de la información solicitada:** Marque si los registros son para continuar su atención medical, personal, para seguros médicos, legales, u otro.
6. **Formato de divulgación (si no esta indicado, se mandara por correo):** Registros en papel o CDs se enviarán a la dirección indicada. Los registros se pueden enviar por correo electrónico codificado si así lo solicita. Los registros se enviarán por fax solo a otro proveedor de atención médica.
7. **Firma del paciente/representante autorizado:** Este formulario debe ser firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud la realiza un representante autorizado del paciente (el padre de un menor, la persona nombrada en un Poder, un ejecutor de bienes, etc.), esta deberá firmar y fechar. Por favor, proporcione el nombre impreso y la relación con el paciente. La documentación legal indicando la misma deberá acompañar este formulario de autorización.
8. **Licencia de conducir o identificación con foto:** Esto se requerirá cuando se recojan los registros en cualquiera de nuestras oficinas, como se indica anteriormente.
9. **Firma del testigo:** Un testigo debe firmar y fechar el formulario en caso de que el paciente solo pueda hacer una X o no pueda firmar.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Health Information Management: \_\_\_\_\_.