

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

Envie 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: _____.