

Admission #: _____

Received: _____

Completed: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PRIVADA

Nombre del Paciente (Letra de Molde) _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre Previo (si aplica) _____

Número de Seguro Social: _____

Número de Teléfono durante el día _____

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:Nombre/Organización: **KERALTY HOSPITAL**Dirección: **2500 SW 75 AVE**Teléfono: **305-264-5252 EXT 1705**Fax #: **305-675-0372****LA INFORMACIÓN SE LE PUEDE DIVULGAR A:**

Nombre/Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax #: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

- Registro de la sala de emergencia
- Historia de Examen Físico
- Nota de Admisión
- Consultas
- Resumen del alta

- Placas de Radiología
- Informes de Radiología
- Reporte sobre Operativo
- Informe de patología
- Notas de progreso

- Medicamentos
- Análisis de Laboratorio
- Otro: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

- Para el uso de otro Proveedor de Servicios
- Para el Uso Personal

- Solicitud de un Abogado
- Otros: (*por favor explique*) _____

RESTRICCIONES DE DIVULGACIÓN:**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización se vence a los treinta (30) días de haber sido firmada.**RE-DIVULGACIÓN:** Yo entiendo que una vez que la información antes mencionada sea divulgada, la misma puede ser re-divulgada por el receptor y puede que la información no esté protegida por la ley federal de privacidad o sus regulaciones. Relevo de responsabilidad a la organización antes mencionada de cualquier acción legal que surja con motivo de la divulgación de la información solicitada.**CONDICIONES:** Yo entiendo que el llenar esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que la organización antes mencionada no pondrá como condición de tratamiento el que yo firme esta autorización.**MATERIA DELICADA:** A menos que yo lo restrinja, entiendo que la información contenida en mi expediente médico puede contener información con referencia a enfermedades transmitidas sexualmente, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV). También puede incluir información sobre tratamiento para enfermedades mentales y para el abuso de drogas o alcohol. Regulaciones Federales (42CFR, Parte 2) prohíben hacer divulgaciones adicionales sin mi consentimiento por escrito como lo permita dichas Regulaciones.**CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si yo cancelo esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar la revocación al Departamento de Información de Salud. Yo entiendo que la revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada de acuerdo con esta autorización. Yo entiendo que la revocación no aplica a mi compañía de seguro cuando la ley provee a la compañía de seguro con el derecho a disputa una reclamación bajo mi póliza._____
Fecha_____
Firma del Paciente o Representante Legal_____
Parentesco con el Paciente._____
Fecha_____
Firma del testigo