

FOR OFFICIAL USE ONLY:	
Admission #:	_____
Received:	_____
Completed:	_____

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PRIVADA

Nombre del Paciente (Letra de Molde) _____

Nombre Previo (si aplica) _____

Numero de Telefono durante el dia _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro Social: _____

LA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA POR:

Nombre/Organizacion: **KERALTY HOSPITAL** _____

Direccion: **2500 SW 75 AVE** _____

Telefono: **305-264-5252 EXT 1705** _____ Fax #: **305-264-5211** _____

LA INFORMACION SE LE PUEDE DIVULGAR A:

Nombre/Organizacion: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ Fax #: _____

INFORMACION QUE SE DIVULGARA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencia | <input type="checkbox"/> Placas de Radiologia | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Historia de Examen Fisico | <input type="checkbox"/> Informes de Radiologia | <input type="checkbox"/> Analisis de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Nota de Admision | <input type="checkbox"/> Reporte sobre Operativo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Informe de patologia | |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |

PROPOSITO DE LA DIVULGACION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Para el uso de otro Proveedor de Servicios | <input type="checkbox"/> Solicitud de un Abogado |
| <input type="checkbox"/> Para el Uso Personal | <input type="checkbox"/> Otros: <i>(por favor explique)</i> _____ |

RESTRICCIONES DE DIVULGACION:

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorizacion se vence a los treinta (30) dias de haber sido firmada.

RE-DIVULGACION: Yo entiendo que una vez que la informacion abtes mencionada sea divulgada, la misma puede ser re-divulgada por el receptor y puede que la informacion no este protegida por la ley federal de privacidad o sus regulaciones. Relevo de responsabilidad a la organizacion antes mencionada de cualquier accion legal que surja con motive de la divulgacion de la informacion solicitada.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorizacion es voluntaria. Yo entiendo que la organizacion antes mencionada no pondra como condicion de tratamiento el que yo firme esta autorizacion.

MATERIA DELICADA: A menos que yo lo restrinja, entiendo que la informacion contenida en mi expediente medico puede contener informacion con referencia a enfermedades transmitidas sexualmente, Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV). Tambien puede incluir informacion sobre tratamiento para enfermedades mentales y para el abuso de drogas o alcohol. Regulaciones Federales (42CFR, Parte 2) prohiben hacer divulgaciones adicionales sin mi consentimiento por escrito como lo permita dichas Regulaciones.

CANCELACION DE LA AUTORIZACION: Yo entiendo que tengo el derecho de rovocar esta autorizacion en cualquier momento. Si yo cancel esta autorizacion, debo hacerlo por escrito y debo presentar la revocacion al Departamento de Informacion de Salud. Yo entiendo que la revocacion no aplica a la informacion que ya haya sido divulgada de acuerdo con esta autorizacion. Yo entiendo que la revocacion no aplica a mi compania de seguro cuando la ley provee a la compania de seguro con el derecho a disputa una reclamacion bajo mi poliza.

Fecha _____	Firma del Paciente o Representante Legal _____	Parentesco con el Paciente. _____
Fecha _____	Firma del testigo _____	