



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

_____ autoriza el uso o la divulgación de la información de salud
Nombre del paciente / representante legal o tutor

indentificable individualmente de _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Persona/organización autorizada para usar/divulgar la información:	Persona/organización autorizada para usar/divulgar la información:
Nombre/organización: _____	Nombre/organización: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____	Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la solicitud Legal Mudanza fuera del área Cambio de médico Atención continua

Otro (especifique): _____

Método preferido de entrega: Correo Fax Correo electrónico: _____

Entiendo que puedo:

1. Solicitar una copia de esta autorización.
2. Revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización correspondiente; será efectiva en la fecha recibida, excepto en acciones ya realizadas.
3. Negarme a firmar esta autorización; esto no afectará mi acceso a tratamiento, pago o beneficios, aunque la oficina puede rechazar la solicitud.
4. Inspeccionar u obtener copia de la información utilizada o divulgada bajo este acuerdo.

Entiendo que si la organización que recibe la información no es un proveedor de atención médica, plan o asociado comercial (de un proveedor o plan) cubierto por regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Además, el proveedor autorizado no sería responsable de ninguna divulgación posterior por parte de la persona u organización que recibe la información.

Esta autorización vencerá el: _____ (Nota: si se deja en blanco, vencerá 12 meses después de la firma)

Fechas de servicio: Desde: _____ Hasta: _____

Coloque sus INICIALES junto a cada elemento a divulgar o revisar:

- | | |
|--|--|
| _____ Consultas médicas | _____ Resultados de pruebas diagnósticas |
| _____ Informes de laboratorio | _____ Informes de patología/quirúrgicos |
| _____ Expediente completo (pueden aplicar) | _____ Otro (especifique) _____ |



Además, coloque sus INICIALES en cada elemento específico (si aplica):

___ Salud Mental

___ Información sobre SIDA

___ Drogas y/o alcohol

___ Informes genética/asesoramiento genético

___ Pruebas de VIH

___ Enfermedades de transmisión sexual/contagiosas

Firma del paciente / representante legal Firma requerida

Fecha de autorización:

Fecha de nacimiento del paciente

Número de Seguro Social (opcional):

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal:

Solo para uso oficial: _____

Nombre de la persona que divulga la información

Fecha

Costos de copiado:

El costo es de \$1.00 por página hasta 25 páginas, y \$0.25 por cada página adicional. Por favor permita de 7 a 10 días hábiles para procesar la solicitud.

Por favor envíe por correo, fax o correo electrónico su formulario de solicitud de registros médicos completo a una de nuestras ubicaciones a continuación. Por favor seleccione la ubicación que esté más cercana a su dirección de domicilio.

8786 Perimeter Park Boulevard, Jacksonville, FL 32216

Fax (904)997-9205

Phone (904)997-9202

2639 Oak Street, Jacksonville, FL 32204

Fax (904)388-0114

Phone (904)387-5600

564 Health Boulevard, Daytona Beach, FL 32114

Fax (386)239-8984

Phone (386)258-5777

1025 Primera Boulevard, Lake Mary, FL 32746

Fax (407)333-1381

Phone (407)333-1570

95 Columbia Street, Orlando, FL 32806

Fax (407)420-4056

Phone (407)849-9621

Para enviar su solicitud por correo electrónico, por favor complete este formulario en su totalidad, escanéelo como archivo adjunto y envíelo por correo electrónico a contact@floridaretinainstitute.com

Gracias.