

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)



P.O. Box 9910  
DAYTONA BEACH, FL 32120

FAX de Expedientes  
Médicos:  
386-481-5009    O  
888-427-4544

## I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	N.º del Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____
_____	N.º de teléfono del domicilio: _____
N.º de expediente médico de FHCP: _____	N.º de teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____	N.º de teléfono laboral: _____

## II. PROVEEDOR/CENTRO AUTORIZADO PARA DIVULGAR PHI

Nombre: _____	
Dirección: _____	
N.º de teléfono: _____	N.º de fax: _____

## III. PERSONA/CENTRO AUTORIZADO PARA DIVULGAR PHI

Nombre: _____	Relación con el paciente: _____
Dirección: _____	
N.º de teléfono: _____	N.º de fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____	

## IV. SOLICITUD DE PHI Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

Fecha(s) de servicio o rango de fechas para la divulgación: _____	
<b>Tipo(s) de expediente:</b> <input type="checkbox"/> Visitas al consultorio <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/> Informe de radiografía <input type="checkbox"/> Fechas de extracciones de laboratorio (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
<b>Propósito:</b> <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Cobertura <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
<b>Formato solicitado:</b> <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónico (CD o correo electrónico [marcar uno con un círculo]) <input type="checkbox"/> Verbal	
<b>Método de entrega:</b> <input type="checkbox"/> Dirección de correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico (en lo posible) <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Fax (solo para centros médicos)	

## V. APROBACIÓN PARA DIVULGAR PHI DELICADA

Control y aprobación inicial para divulgar cualquier PHI que pueda contener información relacionada con lo siguiente:			
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA:	<input type="checkbox"/> Drogas/alcohol:	<input type="checkbox"/> Psiquiatría:	<input type="checkbox"/> Consultas/pruebas genéticas:

Comprendo que esta autorización abarca la totalidad o cualquier porción de mis expedientes, que puede incluir información psiquiátrica, relativa al uso de drogas o alcohol, consultas o pruebas genéticas, y/o sobre SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). También puede incluir resultados de una prueba de VIH o el hecho de que esta fue realizada. Doy mi consentimiento expreso a divulgar la información designada arriba. **Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y que, si lo hago, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos de FHCP. Comprendo que la revocación no aplicará para la PHI que ya se haya divulgado como resultado de esta autorización. También, que cualquier divulgación de PHI implica una posibilidad de volver a divulgarse para la cual las leyes y normas de confidencialidad no aplican. Igualmente, la revocación prohíbe a FHCP hacer cualquier tipo de divulgación posterior sin una autorización específica por escrito de la persona a quien pertenece la PHI en cuestión. Comprendo que FHCP no sujetará tratamientos, pagos, inscripción o cumplimientos de requisitos para obtener beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización.**

**VI. FECHA DE VENCIMIENTO PARA LA ENTREGA DE PHI (MARCAR CON UN CÍRCULO O INDICAR)**

- En caso de fallecimiento         Fecha de vencimiento:    /    /      
 Un año luego de la fecha de firma.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante legal/sustituto para el cuidado de la salud autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\* El representante legal o sustituto para el cuidado de la salud autorizado se define como un tutor designado por un tribunal o representante personal, una persona específica con poder de representación para la atención de la salud que puede acceder a expedientes médicos, una persona designada como sustituto para el cuidado de la salud o el pariente más cercano. Documentación relevante solicitada.

**El formulario completado puede enviarse por correo a la dirección indicada al final de esta página, por fax al número indicado arriba o puede escanearse y enviarse por correo electrónico a [medrecroi@fhcp.com](mailto:medrecroi@fhcp.com).**