



Sección A: Se deberá completar esta sección para todas las Autorizaciones

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono del paciente:	4 últimos dígitos SSN (opcional)
Nombre del proveedor:	Nombre del destinatario:		
Dirección del proveedor:	Dirección 1:		
	Dirección 2:	Teléfono del destinatario:	
	Ciudad:	Estado:	C.P.:

Solicitud de difusión (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): Copia en papel medio electrónico, si lo hubiere (p.ej., USB, CD/DVD) email encriptado email no encriptado
 NOTA: En caso de que el centro no pueda realizar la difusión electrónica como se solicita, se proporcionará un método alternativo para la difusión (por ej., copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pudiera ver su Información de Salud Protegida (PHI) sin su consentimiento cuando recibe la información a través de un medio electrónico o email no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por ningún riesgo (p.ej., virus) introducido potencialmente en su computadora o dispositivo cuando recibe la PHI en formato electrónico o por email.

Dirección de email (Si marcó email arriba. En imprenta y legible):
 Esta autorización caducará el próximo: (Complete Fecha o Evento pero no ambos.)
Fecha: _____ **Evento:** _____

Propósito de la difusión:
 Hospital difundir registros: Mercy Hospital Sister Emmanuel
 Aventura Hospital and Medical Center Northwest Medical Center University Hospital and Medical Center
 Kendall Regional Medical Center Plantation General Hospital Westside Regional Medical Center

Descripción de la información a utilizar o difundir
 ¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? Sí, entonces este es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para otros documento de abajo. No, entonces puede marcar todos los documento que necesite abajo.

<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>	<i>Descripción:</i>	<i>Fecha(s):</i>
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en el registro médico <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Informes dictados <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Ingesta/tomas <input type="checkbox"/> Prueba clínica <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información quirúrgica <input type="checkbox"/> Laboratorio caterizacion <input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información sala ER		<input type="checkbox"/> Resumen de Parto <input type="checkbox"/> Evaluación enf. OB <input type="checkbox"/> Diagrama de flujo posparto <input type="checkbox"/> Factura detallada: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	

Por la presente, reconozco y consiento que la información difundida pueda contener información sobre alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. _____ (Iniciales)

- Entiendo que:
- Me puedo rehusar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
 - Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede no estar condicionada por la firma de esta autorización.
 - Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
 - Si quien solicita o recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información difundida ya no esté protegida por reglamentos federales de privacidad y pueda ser redifundida.
 - Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la pido.
 - Recibo una copia de este formulario después de firmarlo.

Sección B: ¿Es la solicitud de PHI para propósitos de comercialización y/o incluye la venta de la PHI? Sí No
 Si la respuesta es sí, el plan de salud o proveedor de atención médica debe completar la Sección B, si no es así, pasar a la Sección C.

¿Recibirá el destinatario remuneración financiera a cambio de usar o difundir esta información? Sí No
 Si sí, describa: _____
 ¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información por remuneración financiera? Sí No

Sección C: Firmas

He leído lo anterior y autorizo la difusión de la información de salud protegida (PHI) como se ha indicado.

Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
Nombre impreso del representante del paciente:	Relación con el paciente:

ID verificado por: _____ (Iniciales)

**HCA Shared Services Center
3301 Executive Way
Miramar, FL 33025**



contracts with HealthPort to process requests for copies of medical records. The release of patient medical information is governed under Federal and Florida state statutes.

The following must be presented:

A completed authorization (all sections of the authorization must be completed for records to be released.)

What we will provide at no cost to you:

Records to your physician for continuing care. Pertinent information (an abstract) for continuing care includes transcribed reports (discharge summary, history and physical, operative reports), radiology reports, lab reports and clinic notes (if applicable). If you would like additional records sent, please specify on the authorization what records are to be sent.

Requests for records to be sent to a third party (attorney, insurance company) can only be completed with a request and authorization directly from that party. If you desire records for this purpose or for your own personal use, the records will be mailed to **you** and the following fees will apply. If you believe the records you are requesting may exceed a certain dollar amount and would like to be notified of this in advance, please indicate in the area below.

**\$ 0.25 per page
+ applicable tax and postage cost**

Please notify me if the cost of my records exceeds \$_____.

By my signature below, I acknowledge that I am aware of the fee for copies of medical records. I agree to pay this fee when I receive an invoice from **HealthPort**.

PLEASE PRINT:

NAME: _____ PHONE #: (_____) _____

ADDRESS: _____
Street City State Zip

SIGNATURE: _____ DATE: _____

