

JACKSON HEALTH SYSTEM
AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EXPEDIENTES MÉDICOS CONFIDENCIALES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHAS DE TRATAMIENTO: _____
NÚMERO DE TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

1. Tenga en cuenta que:
- Las leyes federales y estatales exigen que el Organismo de Salud Pública (Public Health Trust) proteja su información médica.
 - Es posible que la ley federal no le exija a la persona u organización que recibe su información médica que la proteja y esta persona u organización puede compartir su información con terceros sin su permiso. Conforme a la ley estatal, se le puede exigir a la persona u organización que reciba su información médica que la use exclusivamente con el fin que usted estableció, y esta persona u organización no puede compartirla sin su permiso por escrito. Específicamente, la persona u organización receptora no tendrá permitido compartir sin su permiso ningún tipo de información sobre resultados de pruebas de VIH, abuso de sustancias, tratamiento psiquiátrico o psicoterapia ni violencia sexual.
 - El Organismo no puede condicionar su tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para recibir beneficios a que usted firme o no esta autorización.
 - Usted no tiene la obligación de firmar este formulario de autorización; sin embargo, si no lo hace, no le daremos su información médica a la persona u organización que usted solicitó.
 - Puede cambiar de opinión y revocar (anular) esta autorización en cualquier momento. Si el Organismo aún no ha revelado su información médica y usted cambia de opinión, no se revelará la información. Sin embargo, si el Organismo hizo uso de esta autorización antes de que usted cambiara de opinión y reveló su información médica, la persona a la que se la entregamos aún puede revelar la información médica que ya recibió. Si el Organismo envió su información médica a la persona u organización que usted solicitó, fue haciendo uso de esta autorización.
 - Para revocar esta autorización, debe escribirle a la Oficina de Información médica (Health Information Office) a la dirección Jackson Health System, Jackson 1611 N.W. 12th Avenue, Miami, Florida 33136 Building ACC-West Basement Floor Room# L-129.
 - Su permiso para revelar su información médica vencerá automáticamente en doce (12) meses a partir de la fecha en que firmó este formulario, a menos que revoque su permiso antes o elija una fecha diferente: _____ (indique una fecha o un evento específicos, p. ej.: al final del estudio de investigación, en seis meses a partir de ahora, etc.).

2. Yo, _____, (paciente/representante autorizado) autorizo al Organismo de Salud Pública del condado de Miami-Dade/Jackson Health System a revelar información médica que identifica a _____ (paciente). (Seleccione una de las siguientes opciones):

Método de entrega: Por correo o En persona
Formato del expediente: Papel Correo electrónico CD Fax (únicamente para centros médicos)

- a. _____ Expediente médico completo (correspondiente a los períodos de _____)
(Tenga en cuenta que, si selecciona esta opción, esto no le dará sus registros de facturación. Para solicitar sus registros de facturación, seleccione la opción 2.c. Los resultados de las pruebas de VIH se pueden revelar con el expediente médico completo si usted firmó una autorización previa por escrito para revelar resultados de las pruebas de VIH). **O BIEN**
- b. _____ Expediente completo de tratamiento psiquiátrico o psicoterapia (correspondiente a los períodos de _____) **O BIEN**
- c. _____ Registros de facturación (correspondientes a los períodos de _____)
- d. _____ La revelación debe limitarse a los siguientes tipos específicos de información (correspondiente a los períodos de _____)

- | | |
|--|---|
| _____ Resumen de alta | _____ Radiografías u otros informes de diagnóstico por imágenes |
| _____ Expediente del Departamento de Emergencias | _____ Informe de autopsias |
| _____ Notas de progreso | _____ Informe de consultas |
| _____ Informes operativos | _____ Resultados de análisis de laboratorio |
| _____ Informes patológicos | _____ Antecedentes y examen físico |
| _____ Informes de ECG | _____ Expedientes de paciente ambulatorio |

e. _____ Otros (especifique): _____



MIAMI, FLORIDA 33136-1096



CO0010

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
EXPEDIENTES MÉDICOS CONFIDENCIALES**

3. Yo, _____, doy mi consentimiento específico para revelar mi expediente médico sobre las siguientes áreas (firme con su nombre al lado de todas las opciones que correspondan):
Paciente/representante autorizado

_____ Resultados de pruebas de VIH _____ Abuso de sustancias _____ Violencia sexual

4. El propósito por el cual se revela mi información médica es: (escriba sus iniciales)

_____ Atención continua _____ Motivos legales _____ Seguro _____ Motivos personales _____ Otro propósito: _____

5. Autorizo que la información médica detallada arriba se revele a las siguientes personas, organizaciones o entidades:

Nombre _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____ ; O BIEN

Nombre _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____ ; O BIEN

Nombre _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____ ; O BIEN

Nombre _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____ ; O BIEN

Nombre _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____ ; O BIEN

Firma del paciente Fecha

Padre/madre/representante autorizado: firma y nombre en letra de imprenta

Indicar relación con el paciente

HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE



MIAMI, FLORIDA 33136-1096



CO0010

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR
EXPEDIENTES MÉDICOS CONFIDENCIALES

C-613Cs Rev. 08/19

Página de 2 de 2