

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 destinatario:					
Dirección 1:		Dirección 2:		Teléfono del destinatario:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Método de Entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> medio electrónico, si lo hubiere (ej., USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> email encriptado <input type="checkbox"/> email no encriptado <input type="checkbox"/> Número de Fax del Proveedor _____					
NOTA: En caso de que el centro no pueda realizar la divulgación electrónica como se solicita, se proporcionará un método alternativo para la divulgación (ej., copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pudiera ver su Información Protegida de Salud (PHI) (por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando recibe la información a través de un medio electrónico o e-mail no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por ningún riesgo (ej., virus) introducido potencialmente en su computadora o dispositivo cuando recibe la PHI en formato electrónico o por e-mail.					
Dirección de e-mail (Si marcó e-mail arriba. Escriba claro en letra legible):					
Esta autorización vencerá el: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos.)					
Fecha:			Evento:		
Propósito de la divulgación:					
Hospital que divulga los récords:					
<input type="checkbox"/> CJW Medical Center	<input type="checkbox"/> John Randolph Medical Center	<input type="checkbox"/> Pulaski Community Hospital	<input type="checkbox"/> Spotsylvania Regional Medical Ctr		
<input type="checkbox"/> Dominion Hospital	<input type="checkbox"/> Alleghany Regional Hospital	<input type="checkbox"/> Parkland Medical Center	<input type="checkbox"/> StoneSprings Hospital Center		
<input type="checkbox"/> Henrico Doctors Hospital	<input type="checkbox"/> Lewis Gale Hospital	<input type="checkbox"/> Portsmouth Regional Hospital			
<input type="checkbox"/> Retreat Hospital	<input type="checkbox"/> Montgomery Regional Hospital	<input type="checkbox"/> Reston Hospital Center			
Descripción de la información a utilizar o divulgar					
¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para solicitar otros documentos listados abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar abajo todos los documentos que necesite.					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Resumen (el más común) <input type="checkbox"/> Récord médico completo <input type="checkbox"/> Formulario de admisión <input type="checkbox"/> Reportes dictados <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Ingesta/eliminación <input type="checkbox"/> Exámenes clínicos/Resultados de Radiología <input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información quirúrgica <input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo <input type="checkbox"/> Pruebas/terapias especiales <input type="checkbox"/> Gráficas de ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formularios de transferencia <input type="checkbox"/> Información sala de emergencia		<input type="checkbox"/> Resumen de Parto <input type="checkbox"/> Evaluación enfermería 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 divulgada puede contener datos sobre el consumo de alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. _____ (Iniciales)					
Entiendo que:					
1. Puedo rechazar el firmar esta autorización y entiendo que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pagos, inscripciones o elegibilidad para obtener beneficios puede no estar condicionado al firmar esta autorización. 3. Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, 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. 4. Si el solicitante o quien recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por reglamentos federales de privacidad y pueda ser divulgada de nuevo. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario por un cargo razonable por propósitos de fotocopias; si lo solicito. 6. Puedo recibir 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 compensación financiera a cambio de usar o divulgar esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es afirmativo, describa:					
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información por compensación financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
Certifico que he leído lo anterior y autorizo la divulgación 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)

Authorization for Release of PHI



Patient Label

Instrucciones a seguir al completar la Autorización para el Relevo de Información

** Nota: La divulgación de la información se producirá después de haber sido dado de alta del hospital

Sección A:

1. Proporcione el nombre del paciente, fecha de nacimiento, número de teléfono y los últimos 4 dígitos del número de seguro social (éste es opcional).
2. Proporcione el nombre del destinatario (quien recibe) de la información. El destinatario es el que va a recibir los records. El destinatario de la información puede ser alguien que no sea el paciente. Puede ser el cónyuge, los padres del paciente, apoderado, otro profesional de la salud, etc. Si el nombre del destinatario es el mismo que el paciente, solo escriba "SELF" (yo mismo).
3. Si el destinatario es el paciente, proporcione la dirección del paciente. Si el destinatario es diferente al paciente, proporcione la dirección y número de teléfono del destinatario.
4. A continuación seleccione el método de entrega: copia en papel, copia electrónica (CD, DVD, etc.) o correo electrónico (e-mail). Si desea que la información sea enviada por fax a su proveedor, indique el número de fax. Si es por e-mail, seleccione si desea que el e-mail sea encriptado o no encriptado. Proporcione la dirección de e-mail, si ha seleccionado éste como el método de entrega. Cuando solicita que sus records médicos sean enviados vía email no encriptado, su información no estará protegida y puede causar riesgo de acceso no autorizado.
5. Indique la fecha de vencimiento de este formulario. Ponga una fecha o un evento (ejemplo del evento: el final de mi tratamiento ambulatorio), pero no ambos.
6. Proporcione el motivo de la divulgación, ejemplos: tratamiento adicional, para efectos del seguro, para el abogado, uso personal, etc.
7. Indique de qué hospital necesita records.
8. ¿Fue visto por un psiquiatra/psicólogo mientras estuvo en el hospital y quiere notas de ellos? Si es afirmativo, seleccione SÍ, además usted tiene que llenar dos formularios de autorización, uno para los informes de salud mental y otro para los otros tipos de informes. Si es negativo, seleccione NO y continúe.
9. En la DESCRIPCIÓN indique qué tipo de información está solicitando. El más común es el resumen, que contiene el informe de dada de alta, la historia y el chequeo médico, el informe de la Sala de Emergencias, las consultas y los informes operatorios de los médicos, junto con los resultados de pruebas tales como laboratorio, radiología y patología. En caso contrario, indique la información específica que necesita. Por favor indique las fechas de servicio.
10. Coloque su inicial reconociendo y aceptando que la información solicitada puede contener los tipos especiales de información listada.
11. Puede haber un cobro por la información que solicitó. La mayoría de los pedidos serán enviados a nuestro servicio de copias en el Tampa Shared Service Center. Su información de contacto se encuentra en la parte superior del otro lado de este formulario.

Sección B:

1. ¿Está usted utilizando la información que ha solicitado con propósitos de mercadeo o está vendiendo la información?, si es negativo, responda NO y sátese las siguientes dos preguntas y vaya a la Sección C. Si es afirmativo, responda SÍ y continúe con las siguientes dos preguntas.
2. Si va a recibir dinero a cambio de esta información, responda SÍ. De lo contrario conteste NO.
3. Si usted le da permiso al destinatario (quien recibe) intercambiar la información por dinero, responda SÍ. De lo contrario conteste NO.

Sección C:

1. El paciente debe firmar y fechar el formulario. O
2. El representante LEGAL del paciente, por ejemplo: el apoderado legal, el tutor legal, el sustituto de la salud, debe firmar y fechar el formulario. (Un cónyuge no es un representante LEGAL a menos que tenga un poder LEGAL o la documentación de subrogación de salud.) Una copia de la documentación LEGAL debe adjuntarse con esta solicitud.
3. Por favor envíe una copia de la identificación del paciente o de los documentos legales antes mencionados, junto con esta solicitud, al Tampa Shared Service Center. La información para contactarlos está en el otro lado de este formulario.