

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN UNIVERSAL PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA LIMITADA

***** POR FAVOR LEA EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD, LAS TRES PÁGINAS, ANTES DE FIRMARLA *****

Paciente (nombre e información de la persona que autoriza el acceso y la divulgación de su información médica y de salud):

Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Usted puede usar este formulario para permitir acceso a y uso limitado de su información médica y de salud, por ciertas personas y por ciertos propósitos. Su decisión de firmar este formulario no afectará su posibilidad de obtener atención médica, pago por atención médica, o inscripción en un plan de seguro de salud o elegibilidad de recibir beneficios.

Mi firma demuestra que yo doy mi autorización y mi permiso voluntariamente para el uso y la divulgación de esta información (para incluir intercambio escrito, verbal o electrónico):

QUÉ INFORMACIÓN: (ponga sus iniciales al lado de su elección)

TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD Incluyendo información sobre condiciones delicadas (si aplica). La información médica y de salud incluye pero no se limita a todos archivos y otra información sobre mi historial médico, tratamientos, hospitalizaciones, pruebas, y cuidado de paciente ambulatorio, y también los archivos educacionales que puedan contener información sobre mi salud. Esto incluye mi autorización expresa para dar a conocer cualquier parte o toda la siguiente información:

- a. Drogas, alcohol, o abuso de sustancias
- b. Deterioro mental, psiquiátrico, o psicológico, y otro tipo de discapacidad (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA al 45 CFR Parte 164.501)
- c. Anemia de células falciformes
- d. Control de natalidad y planificación familiar
- e. Archivos que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles o de enfermedades no transmisibles; y pruebas y archivos de VIH/SIDA o de enfermedades de transmisión sexual o de tuberculosis
- f. Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
- g. Copias de pruebas y evaluaciones educacionales, incluyendo Programas Individualizados Educativos, evaluaciones psicológicas o del habla o del lenguaje, vacunaciones, información de salud (como el peso y la altura), e información sobre lesiones o de tuberculosis.

SOLAMENTE LAS INFORMACIONES INDICADA AQUÍ (ponga sus iniciales al lado de todas las informaciones que quiera dar a conocer):

- ____ Historial Médico y Físico ____ Informes de Operaciones ____ Resumen de Alta
- ____ Informes patológicos ____ Informes de EKG ____ Notas del Progreso
- ____ Informes de Laboratorios ____ Registros Prenatales ____ Ordenes del Medico
- ____ Informes de Tratamiento de Droga, Alcohol, o Abuso de Sustancia ____ Informes de Radiología y de Imágenes
- ____ Informes de Consulta ____ Registros de Planificación Familiar
- ____ Registros de salud mental (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA en 45 CFR Parte 164.501)
- ____ Resultados de Pruebas de Diagnósticos _____
- ____ Otros (especifique) _____

Aviso: La información creada antes o después del día en el cual este formulario fue firmado puede ser dada a conocer, al menos que usted especifique aquí un intervalo de fechas de los registros que usted desea dar a conocer:

De (mes/día/año): _____ A (mes/día/año) : _____.

QUIÉN VA A DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN: (indique una selección)

- Todas las fuentes de información** que incluye pero no es limitado a las fuentes médicas y de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo de salud mental, correccional, tratamientos para adicciones, los centros de salud que pertenecen a los Asuntos de los Veteranos, registros del estado y otros programas del estado, todas las fuentes educacionales que tengan información médica o de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación para los trabajadores, Medicaid, Medicare, y cualquier otro programa del gobierno.

- Solamente las siguientes fuentes de información especificadas:**

Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____

Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____

QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: (indique una selección)

- La(s) Persona(s) u Organización(es) específica(s) que yo autorizo para recibir esta información:

Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____
Nombre de la Personal/Organización: _____ Tel.: () _____
Dirección: _____ Fax: () _____

EL PROPÓSITO DE RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: (marque todas las que aplican)

- Mi tratamiento médico y servicios y productos relacionados con mi salud
 Para evaluar y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención medica proporcionada a todos los pacientes
 Pago (definido en HIPAA a 45 CFR Parte 164.501)
 Elegibilidad para ciertos servicios de salud (como son cuidado paliativo, etc.) (por favor especifique: _____)
 Elegibilidad para ensayos clínicos (si limitado, especifique aquí): _____
 Investigación científica con la aprobación o la renuncia adecuada de la Junta Institucional de Revisión
 Registro de salud para mi uso personal
 Uso personal
 Otro, por favor especifique: _____

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización/permiso permanecerá en efecto hasta:

- El día que yo retire mi autorización o la fecha de mi fallecimiento
 Un día especificado (mes/día/año): _____
 Un acontecimiento específico. Por favor describe: _____

PARA REVOCAR MI AUTORIZACIÓN: Puedo revocar mi autorización en cualquier momento avisándole por escrito a la persona u organización a quién le di mi permiso.

Además:

- Yo autorizo el uso de una copia (incluyendo copia electrónica) de este formulario como si fuera la original con el propósito de dar a conocer la información descrita anteriormente.
- Yo entiendo que hay circunstancias en las cuales esta información será revelada a otras personas [diríjase a la página 2 para detalles].
- **Yo entiendo que aunque yo me niegue a firmar este formulario, esto no va a prohibir que mi información médica y de salud sea dada a conocer si esto está permitido por la ley.**
- **Yo he leído las tres páginas de este formulario y estoy de acuerdo en que la persona u organización nombrada aquí divulgan mi información médica y de salud descrita en este formulario.**

X _____
Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha de firmar (mes/día/año)

Escriba con letra de molde el Nombre del Representante Legal (si aplicable)

Escoja la mejor opción la cual describe la relación entre el Paciente y el Representante (si aplicable):
 Padre/Madre del Menor de edad Guardián
 Otro representante personal
(explique: _____)

NÓTESE: Este formulario se hace inválido si es modificado. Usted tiene el derecho de recibir una copia del formulario luego de firmarlo.

Explicación Adicional del formulario Florida AHCA FC4200-005

“Formulario de Autorización Universal para Dar a Conocer Información Médica Limitada”

Las leyes y los reglamentos requieren que haya un formulario de autorización o un permiso firmado por el paciente antes que ciertas fuentes de información personal sean divulgadas. Además, hay leyes que requieren una autorización específica para dar a conocer información sobre ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

Definiciones: En este formulario, los términos “tratamiento,” “operaciones de atención médica,” “notas del psicoterapeuta”, e “información de salud protegida” se usan como están definidos en HIPPA (45 CFR Parte 164.501).

Aviso sobre Registros de Salud Mental: Si usted usa este formulario para solicitar copia de sus registros de salud mental, la Florida permite dicho acceso a menos que su médico determine que le hace daño. Para más información, vea Estatuto de la Florida sección 394.4615(10).

“Quien Va a Recibir Esta Información”:

- Para esos proveedores de atención medica incluidos en esta sección, su permiso también va a incluir médicos, otros proveedores de servicios de salud (como enfermeras), y personal médico de la instalación de tal organización involucrados en su tratamiento y los proveedores de servicios de salud de turno o que están de guardia en lugar de la persona u organización nombradas, y otro personal o agente (como socios de negocios o organizaciones de servicios cualificados) quienes llevan a cabo las actividades y los objetivos permitidos por esta autorización por la organización o persona quien usted ha nombrado.
- Si usted especificó una organización que no sea una proveedora de asistencia médica en esta sección, esta autorización incluye el personal o los agentes y los subcontratistas que realizan actividades y usos permitidos en este formulario de la organización que usted especificó.

“Revocación de su Permiso”: Usted tiene el derecho de retirar esta autorización, por escrito, en cualquier momento con respecto al uso de su información en el futuro. Usted debe entender que las instituciones o corporaciones a que usted les dio su permiso para tener acceso a su información y detalles médicos pueden incluir su información y detalles en sus archivos. Estas organizaciones e instituciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información ni los archivos que se les proporcionó y no están obligadas a suprimir esta información de sus propios archivos.

“Nueva Divulgación de Información”: Cualquier información sobre su salud que fue dada a conocer puede ser nuevamente dada a conocer a otras personas o corporaciones sólo en la medida permitido por la ley y reglamentos federal y estatal. Usted debe entender que una vez que su información y datos de salud sean dados a conocer, podrá ser objeto de una nueva divulgación de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen, y en algunos casos, puede que la información ya no sea protegida por la ley federal de privacidad.

Las Limitaciones de este Formulario: Si usted desea que toda su información médica y de salud sea dada a conocer a proveedores de asistencia médica que le están dando tratamiento médico, en este caso usted necesita usar el Formulario Florida AHCA FC 4200-006 (Formulario de Autorización Universal Para Dar a Conocer Información Médica Completa) en vez de este formulario. Este formulario no obliga a su proveedor de asistencia médica u otra persona/organización mencionada en la secciones “Quien Va a Dar a Conocer la Información” o “Quien Va a Recibir Esta Información” a buscar información que usted ha especificado en la sección “Que Información” de otras fuentes. Además, esta planilla no cambia las obligaciones actuales y las reglas sobre quién paga por las copias de los registros y archivos.