

**Florida Medical Center**  
**Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida**

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **Florida Medical Center** a utilizar o revelar la información médica protegida de mis expedientes médicos que se especifica abajo:

<b>1) NOMBRE DEL PACIENTE:</b> (En letra de molde) _____ Fecha de nacimiento: _____				
Dirección: _____				
Calle		Ciudad	Estado	Código postal
Número(s) de teléfono de contacto: _____				
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				
<b>2) LA INFORMACIÓN SE REVELARÁ A:</b>				
Nombre de la persona o del centro (en letra de molde) _____				Fax n.º _____  N.º de teléfono _____
Dirección (en letra de molde)		Ciudad	Código Postal	
Correo electrónico: (Si corresponde) _____				

- 3) Método de entrega preferido -**  
 Correo electrónico  
 Correo postal a la dirección indicada en el apartado 2 arriba  
 Recepción en persona

**4) Fechas de tratamiento desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

**5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de admisión y examen físico | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación (fisioterapia [PT], terapia ocupacional [OT], terapia del habla) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                         | <input type="checkbox"/> Informes de estudios de imagenología (especifique si es una tomografía computarizada [CT], radiografía, imagen por resonancia magnética [MRI]) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Consulta                                 | <input type="checkbox"/> Informes de patología  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Sala de emergencias                      | <input type="checkbox"/> Notas de la cirugía  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Informes de electrocardiograma (ECG)     |   | _____   |

**6) REVELACIÓN RESTRINGIDA: No** revelaremos la siguiente documentación **a menos que** usted marque la casilla correspondiente y proporcione una firma adicional:

Revelación	Firma	Revelación	Firma
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			

\* Esta autorización no es válida para el uso o revelación de notas de psicoterapia  
 \*\* El término "pruebas genéticas" se refiere únicamente a las pruebas que determinan sus posibilidades futuras de desarrollar una enfermedad, no a las pruebas realizadas para diagnosticar una condición o problema actual.  
 \*\*\*Solo se aplica a los expedientes creados por un "individuo o entidad que se presenta como proveedor de diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento".  
 (Código de Reglamentos Federales 42 [CFR] Parte 2) No se exige para los expedientes que se crean o mantienen en un centro médico general.

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2**

**Florida Medical Center**  
**Solicitud del Paciente / Autorización para usar o revelar información médica protegida**

**7) SOLICITUD DE EXCLUSIÓN:**

Solicito que la o las siguientes admisiones/visitas se excluyan específicamente de esta solicitud \_\_\_\_\_  
(especifique fechas de servicio).

**8) PROPÓSITO DE REVELACIÓN:**

Atención médica  Legal  Seguro  Personal  Otros \_\_\_\_\_

\*Se pueden aplicar cargos

**9) PLAZO:** Esta Autorización permanecerá vigente durante un año o:

- Hasta que **Florida Medical Center** atienda esta solicitud..
- Desde la fecha de la autorización hasta \_\_\_\_\_ el día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_
- Hasta que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**10) REVOCACIÓN:** Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento solicitándola a **Florida Medical Center** por escrito en la dirección indicada abajo. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que **Florida Medical Center** reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que **Florida Medical Center** haya tomado amparándose en esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

**Gestión de la información médica**

**Florida Medical Center**

**5000 West Oakland Park Boulevard,**

**Ft. Lauderdale, FL 33313**

**11) EFECTO SOBRE EL TRATAMIENTO/PAGO/INSCRIPCIÓN/ELEGIBILIDAD:** Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización por cualquier motivo; y que, al hacerlo, no se verán afectados el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento, el pago, la inscripción en el seguro de salud o la posibilidad de recibir beneficios en **Florida Medical Center**.

**12) POTENCIAL DE REVELACIÓN POSTERIOR:** Comprendo que la persona que reciba mi Información Médica Protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes de privacidad federales y estatales, y que mi Información Médica Protegida podría dejar de estar protegida por la ley estatal y federal aplicable una vez que sea revelada por **Florida Medical Center**.

**13) ACCESO:** Comprendo que, en determinadas circunstancias, **Florida Medical Center** tiene derecho a negarme el acceso a la totalidad o a una parte de mi información médica protegida. El **Florida Medical Center** me notificará por escrito tales denegaciones.

He leído y comprendido los términos de la presente Autorización y he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre el uso o revelación de mi información médica. Con mi firma abajo, autorizo a **Florida Medical Center**, con conocimiento de causa y de forma voluntaria, a utilizar o revelar mi información médica en la forma descrita arriba.

14) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_ Testigo

Firma del representante autorizado Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización:

15) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

Nombre en letra de molde del representante del paciente \_\_\_\_\_ Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre \_\_\_\_\_

**Las preguntas sobre revelación deben dirigirse al director de gestión de información médica del hospital.**

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
- Copy of this authorization provided to the personal representative

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZACIÓN NO ES VÁLIDA SI NO SE COMPLETAN TODAS APLICABLE LAS CASILLAS Y SE FIRMA EL FORMULARIO EN LA PÁGINA 2**

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time

\* SCA. r o i \*

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)  
FLO\_ROI\_14000S 03/2023 Page 2 of 2 Original Medical Record