Instrucciones: Favor de llenar esta forma completamente. Se va a suponer que los artículos que no se marcan o los blancos que no se llenan no aplican o no están específicamente autorizados para la divulgación. La divulgación no es válida a menos que tenga la fecha y firma del paciente o representante legalmente autorizado.

❑ **YO AUTORIZO A** _____ **A REVELAR/DIVULGAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA**
NOMBRE DE LA FACILIDAD
ABAJO AL SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

❑ **YO AUTORIZO SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM A DIVULGAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA A CONTINUACIÓN PROVENIENTE DE LOS RÉCORDS DE SALUD DE:**

Nombre del Paciente: _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Medio

Nombre anterior, si es aplicable: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente_____ Núm. de Seguro Social del Paciente_____ Núm. de Teléfono_____

ESTA INFORMACIÓN ES PARA SER REVELADA/DIVULGADA A: (Incluya la dirección postal)

_____

_____

CUBRIENDO LOS SIGUIENTES MARCOS DE TIEMPO DE LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD O CONDICIONES RELACIONADAS CON:

_____

PARA PROPÓSITOS DE: ❑ Continuar con el tratamiento ❑ Facturación ❑ Personal ❑ Otro: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES PARA SER REVELADA/DIVULGADA:

❑ Resumen del Alta Médica
❑ Informe Operativo
❑ Historial y Examen Físico
❑ Análisis de Laboratorio
❑ Informes de Consultas
❑ Fotografías, cintas de vídeo, rayos-X u otras imágenes
❑ Informes de Cardiología (Imágenes)
❑ Informes de rayos-X (Imágenes)
❑ Documentación de Rehabilitación
❑ Informe de Emergencia
❑ Abstracto (Historial y Físico, Informe Operativo, Consultas, Resumen del Alta Médica, Formulario de Reconciliación de Medicamentos del Alta Médica)
❑ Récords de Facturación/Factura Desglosada
❑ Récord Médico Completo – incluyendo todas las fechas de servicio y cualquier condición médica tratada
❑ Otra:_____

Yo entiendo que esto va a incluir información relacionada con (coloque sus iniciales, si es aplicable):
_____ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
_____ Salud Mental
_____ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas
_____ Enfermedad Transmitida Sexualmente

POSIBILIDAD DE NUEVA DIVULGACIÓN: Yo entiendo que cualquier información divulgada puede estar sujeta a la nueva divulgación y ya no estará protegida por las regulaciones estatales y federales.

EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN: Yo entiendo que esta autorización es válida por seis (6) a partir de la fecha en que la firmo o hasta _____ (fecha o evento), a no exceder los 24 meses. Yo tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación entrará en efecto el día en que se recibe, excepto hasta donde ya se haya actuado con ella o si la autorización fue obtenida como condición para obtener una cubierta de seguros.

CONDICIONES DE TRATAMIENTO: Yo entiendo que el Sarasota Memorial Health System o agencia no puede condicionar el tratamiento a la firma de esta autorización.

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado* Fecha

*Si otra persona que no es el paciente es la que firma, indique el parentesco: _____

_____ _____
Firma del Testigo Fecha

SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(AUTHORIZATION TO RELEASE PATIENT INFORMATION)

HOSPITAL PERSONNEL ONLY:
Acknowledged by (signature/date):

_____

922299 Rev. 01/14 **MR#**_____ **Processed:** ❑ Yes ❑ No **Number of pages:**_____