

## AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Todas las secciones de este formulario deben completarse para que se consideren validas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

### Solicito que mi información de salud protegida (PHI) de GenesisCare USA se divulgue a:

Nombre del recipiente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax (solo para proveedores de atención medica): \_\_\_\_\_

### Solicito que la siguiente PHI de mis registros médicos sea relevada, a continuación:

Fechas específicas de tratamiento: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

- Informes de Consulta  Imágenes de diagnóstico  Registros de dosimetría  Resultados de laboratorio  
 Notas del Medico  Imágenes de Simulación  Notas de progreso  Reportes de Radiología o imágenes  
 Cirugía/Patología  Expediente médico completo  Registros de facturación  Registros de Genética  
 Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Propósito de la información solicitada:  Continuidad de Cuidado  Seguro médico  Legal  Personal  
 Otro: \_\_\_\_\_

Formato de divulgación:  Correo - papel,  Fax (solo para proveedores de atención medica),  Correo electrónico codificado,  CD/memoria USB – formato seguro, u  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

### Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento de abuso de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación de estos registros.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y presentarse o enviarse por correo a Health Information Management Department, 1419 SE 8th Terrace, Suite 200, Cape Coral, FL 33990. La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado correspondiente a esta autorización.
- A menos que se revoque lo contrario, esta autorización caducara en la siguiente fecha/evento/condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad/evento/condición, esta autorización caducara un año después de la fecha en que se firme.
- El tratamiento de pago, inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que firme esta autorización.
- Cualquier divulgación de información lleva la posibilidad de ser Re divulgada sin autorización, y es posible que dicha información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad.

Firma del paciente/  
representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente o representante autorizado: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\*Si esta firmado por un representante autorizado por el paciente, la documentación legal indicando la misma deberá acompañar este formulario de autorización.

Licencia de conducir o identificación con foto (requerida cuando se recogen los registros): Licencia de conducir/Estado: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



## Firma de testigo

Envíe el formulario completo a:

GenesisCare USA – Health Information Management

1419 SE 8th Terrace, Suite 200, Cape Coral, FL33990

Adjunte el formulario firmado a: Fax: 239-344-4036 o por correo electrónico: ROI@usa.genescare.com

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

1. Complete la primera sección con el nombre del paciente, fecha de Nacimiento, dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono.
2. **Solicito que mi información de salud protegida (PHI) de GenesisCare USA se divulgue a:**  
Complete el nombre de la persona o compañía a al que desea que le enviemos las copias. Si las copias son para usted, indique "Self". Además, complete la información de contacto, incluyendo el teléfono, la dirección y el número de fax, si las copias se envían a otro proveedor de atención médica. Si los registros se recogerán en persona, indique el nombre de la persona que los retirara.
3. **Solicito que la siguiente PHI de mis registros médicos sea relevada, a continuación:**  
Marque los documentos que solicita. Los resultados de los exámenes cuando se marcan individualmente son generalmente para fechas específicas de servicio como se indica en la siguiente sección.
4. **Fechas de tratamiento específico:** Si no recuerda las fechas específicas, indique un marco de tiempo, como el mes pasado, los últimos 6 meses, etc. .
5. **Propósito de la información solicitada:** Marque si los registros son para continuar su atención medical, personal, para seguros médicos, legales, u otro.
6. **Formato de divulgación (si no esta indicado, se mandara por correo):** Registros en papel o CDs se enviarán a la dirección indicada. Los registros se pueden enviar por correo electrónico codificado si así lo solicita. Los registros se enviarán por fax solo a otro proveedor de atención médica.
7. **Firma del paciente/representante autorizado:** Este formulario debe ser firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud la realiza un representante autorizado del paciente (el padre de un menor, la persona nombrada en un Poder, un ejecutor de bienes, etc.), esta deberá firmar y fechar. Por favor, proporcione el nombre impreso y la relación con el paciente. La documentación legal indicando la misma deberá acompañar este formulario de autorización.
8. **Licencia de conducir o identificación con foto:** Esto se requerirá cuando se recojan los registros en cualquiera de nuestras oficinas, como se indica anteriormente.
9. **Firma del testigo:** Un testigo debe firmar y fechar el formulario en caso de que el paciente solo pueda hacer una X o no pueda firmar.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Health Information Management: 239-938-0121.

GenesisCare USA – Health Information Management

1419 SE 8th Terrace, Suite 200, Cape Coral, FL 33990

