

☐ Retiro ☐ Entrega electrónica
☐ Correo ☐ CD ☐ MyChart

Autorización para la divulgación de registros médicos confidenciales

N. ° de historia clínica:

N. ° de cuenta:

1. Seleccione la(s) ubicación(es) desde donde se divulgarán los registros:

☐ Memorial Regional Hospital/
Hospital de niños Joe DiMaggio
☐ Memorial Hospital West
☐ Memorial Hospital Miramar
☐ Memorial Hospital Pembroke
☐ Atención médica en el hogar de Memorial
☐ Hogar de ancianos de Memorial Manor

☐ Memorial Regional Hospital South
☐ Centro de cáncer de Memorial Hospital West
☐ Consultorio(s) médico(s) de Memorial (especificar) _____
☐ Centro de cáncer de Memorial Regional Hospital
☐ Todas las instalaciones de Memorial Healthcare System
☐ Clínica de atención primaria de Memorial
☐ Otro (especificar) _____

2. Al firmar autorizo a los centros anteriores a divulgar información médica protegida sobre la persona que se menciona a continuación.

Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

3. Seleccione la información exacta que se divulgará, incluidas las fechas de servicio, entre las siguientes opciones:

Fecha(s) de servicio	Fecha(s) de servicio
<input type="checkbox"/> Resumen (un Resumen incluye solo los informes identificados con un * o los registros específicos que se indican a continuación)	
<input type="checkbox"/> *Resumen de la historia clínica	<input type="checkbox"/> *Informes de anatomía patológica
<input type="checkbox"/> *Resumen del alta	<input type="checkbox"/> *Informes de consultas
<input type="checkbox"/> *Sala de urgencias	<input type="checkbox"/> *Informes de electrocardiogramas
<input type="checkbox"/> Registros ambulatorios	<input type="checkbox"/> *Informes de laboratorio clínico
<input type="checkbox"/> *Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> *Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos
<input type="checkbox"/> *Informes quirúrgicos/de procedimientos	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Hoja de ID. de recién nacido	

Nota: Las imágenes radiológicas deben obtenerse en el Departamento de Radiología.

4. Esta información se divulgará a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Solicito que me envíen mis registros a esta dirección de correo electrónico: _____

5. Confirmando las siguientes declaraciones:

- Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a los directivos de seguridad de cualquiera de los centros que se indican al dorso de este formulario. Dicha revocación no afectará ninguna acción de Memorial Healthcare System previa a la revocación.
- Esta Autorización vencerá seis (6) meses después de la fecha de firma, o cuando se revoque o en la fecha siguiente: _____
- Entiendo que esta información puede incluir información relacionada con: 1) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). 2) Atención psiquiátrica o de la salud mental o conductual. 3) Tratamiento del abuso de drogas o alcohol. 4) Resultados de pruebas genéticas.
- Entiendo que la información que se divulgue de conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la recibe, debido a que es probable que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.
- Entiendo que los registros en formato electrónico pueden distribuirse a gran escala con relativa facilidad y podrían ocurrir pérdidas o divulgaciones accidentales de la información solicitada en circunstancias que exceden el control de MHS, del proveedor de divulgación de información o la persona que realiza la solicitud. Al solicitar registros en este formato, el solicitante asume voluntariamente el riesgo y todas las consecuencias, pérdidas y daños que pudieran surgir.
- Si Memorial Healthcare System solicitó esta Autorización, entiendo que Memorial Healthcare System me entregará una copia de este formulario de Autorización después de que lo firme.
- Entiendo que Memorial Healthcare System no afectará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios con base en la compleción de esta Autorización.
- Esta información se usará/divulgará para los siguientes fines: _____

Esta sección también aplica cuando Memorial Healthcare System solicita la Autorización para fines de comercialización únicamente.

¿MHS recibirá algún pago por esta divulgación? No ☐ Sí ☐ Si respondió Sí, el pago será _____ proporcionado por _____ para divulgar información a _____

Firma del/de la paciente: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____ Hora: _____

-O-

Firma del representante legal personal del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del representante del/de la paciente en letra de imprenta: _____ Teléfono: _____

Relación con el/la paciente o la autoridad que representa al/a la paciente: _____

PACIENTE/IDENTIFICACIÓN

Γ



**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE REGISTROS
MÉDICOS CONFIDENCIALES**

2310-10174

PÁGINA 1 DE 2



Autorización para la divulgación de registros médicos confidenciales

Información de contacto

Attn: Release of information/HIM Memorial Regional Hospital 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021	Attn: Release of information/HIM Joe DiMaggio Children's Hospital 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021
Attn: Release of information/HIM Memorial Regional Hospital South 3600 Washington Street Hollywood, Florida 33021	Attn: Release of information/HIM Memorial Hospital West 703 North Flamingo Road Pembroke Pines, Florida 33028
Attn: Release of information/HIM Memorial Hospital Miramar 1901 S.W 172nd Avenue Miramar, Florida 33029	Attn: Release of information/HIM Memorial Hospital Pembroke 7800 Sheridan Street Pembroke Pines, Florida 33024
Attn: Release of information/HIM Memorial Regional Cancer Center 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021	Attn: Release of information/HIM Memorial Manor 777 S. Douglas Road Pembroke Pines, Florida 33025
Attn: Release of information/HIM Memorial Primary Care Clinic 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021	Attn: Release of information/HIM Memorial West Cancer Center 703 North Flamingo Road Pembroke Pines, Florida 33028
Attn: Release of information/HIM Memorial Physician Practice(s) 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021	Attn: Release of information/HIM Memorial Home Health 3501 Johnson Street Hollywood, Florida 33021

