

Retiro Entrega electrónica
 Correo CD MyChart

Autorización para la divulgación de registros médicos confidenciales

N.º de historia clínica:
N.º 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:

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

- a. 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.
- b. Esta Autorización vencerá seis (6) meses después de la fecha de firma, o cuando se revoque o en la fecha siguiente: _____
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.
- g. 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.
- h. 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: _____



Autorización para la divulgación de registros médicos confidenciales

Información de contacto

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

