

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) POINCIANA MEDICAL CENTER

Fax: 855-668-0697

Phone: 888-616-5721

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones					
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Teléfono del paciente:	4 últimos dígitos SSN (opcional)	
Nombre del Proveedor: Poinciana Medical Center		Nombre del Receptor:			
Dirección del Proveedor: 325 Cypress Parkway Kissimmee, FL 34758		Dirección 1:			
		Dirección 2:	Teléfono del destinatario:	Del destinatario de fax:	
		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Solicitud de difusión (si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> medio electrónico, si lo hubiere (p.ej., USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> email encriptado <input type="checkbox"/> email no encriptado NOTA: En caso de que el centro no pueda realizar la difusión electrónica como se solicita, se proporcionará un método alternativo para la difusión (por ej., copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pudiera ver su Información de Salud Protegida (PHI) sin su consentimiento cuando recibe la información a través de un medio electrónico o email no encriptados. No nos responsabilizamos por el acceso no autorizado a la PHI contenida en este formato ni por ningún riesgo (p.ej., virus) introducido potencialmente en su computadora o dispositivo cuando recibe la PHI en formato electrónico o por email.					
Correo Electrónico (Si lo ha marcado arriba. Por favor escriba claro):					
Esta autorización vencerá en: (Llene la fecha o el evento pero no ambas)					
Fecha: _____ Evento: _____					
Propósito de la Divulgación:					
Descripción de la información a ser usada o divulgada					
¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, entonces este es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para otros documento de abajo. <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los documento que necesite abajo.					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Todos los registros médicos de IPS (Inf. Protegida Salud) <input type="checkbox"/> Formato de admisión <input type="checkbox"/> Reportes de dictado <input type="checkbox"/> Ordenes médicas <input type="checkbox"/> Ingreso / Egreso <input type="checkbox"/> Prueba Clínica <input type="checkbox"/> Hojas de medicamento		<input type="checkbox"/> Información operativa <input type="checkbox"/> Lab. Cateter. <input type="checkbox"/> Prueba especial/terapia <input type="checkbox"/> Tiras de ritmo <input type="checkbox"/> Información de enfermería <input type="checkbox"/> Formatos de transferencia <input type="checkbox"/> Información de la sala de emergencia		<input type="checkbox"/> Resumen Trabajo/Parto <input type="checkbox"/> Evaluación enfermería OB <input type="checkbox"/> Hoja de flujo postparto <input type="checkbox"/> Cuenta detallada: <input type="checkbox"/> UB-92 <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Otro:	
Por la presente, reconozco y consiento que la información difundida pueda contener información sobre alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. _____ (Iniciales)					
Entiendo que: 1. Me puedo rehusar a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede no estar condicionada por la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. 4. Si quien solicita o recibe la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información difundida ya no esté protegida por reglamentos federales de privacidad y pueda ser redifundida. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una tarifa de copia razonable, si la pido. 6. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo.					
Sección B: ¿Tiene fines de mercadeo la solicitud de IPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, el plan de salud o el proveedor del cuidado de la salud debe completar la Sección B; de no ser así salte a la Sección C.					
¿Recibirá el destinatario remuneración financiera a cambio de usar o difundir esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, describa: _____					
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información por remuneración financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
He leído lo anterior y he autorizado la divulgación de la información protegida de salud como lo establecido.					
Firma del Paciente/Representante del Paciente:				Fecha:	
Nombre en Imprenta del Representante del Paciente:				Parentesco con el Paciente:	

Facility Name
AUTH. FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)-SPANISH

Photo ID Verified: _____

