

# Autorización de divulgación de información médica

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE MIS REGISTROS MÉDICOS:

Autorizo a:  NCH Hospital  NCH Healthcare System - Consultorios médicos  
 Todos los médicos  Nombre del médico(s) \_\_\_\_\_

### para divulgar a:

\_\_\_\_\_ A mí o a \_\_\_\_\_ Entidad o persona designada (completar la información a continuación)

Se puede aplicar una tarifa por copias de registros médicos. Un paciente cuyos registros se copien y envíen a otro proveedor de atención médica con el objetivo de seguir recibiendo atención médica no paga una tarifa por copias de registros médicos. La solicitud de copias de registros médicos para cualquier uso que no sea atención médica puede estar sujeta a una tarifa. Si no se aplica una tarifa, será notificado antes de que se procese su solicitud. La norma de privacidad de HIPAA permite que los proveedores de atención médica impongan una tarifa razonable y basada en el costo a una persona que solicite una copia de los registros médicos. La tarifa solo puede incluir el costo del trabajo, los insumos y el franqueo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

### Qué se divulgará (marcar todas las opciones que correspondan)

- Resumen de los registros médicos  Anamnesis y exploración física  Informe de radiología  Nota(s) de la clínica del paciente no hospitalizado  
 Registro de la sala de emergencias  Informe(s) de consultas  Informe de cardiología  Nota(s) del consultorio médico  
 Resumen de altas  Resultados de laboratorio  
 Informe quirúrgico  Informe(s) de patología  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
 Imágenes de radiología/cardiología (Especifique: IRM, CT, rayos X, ecocardiograma, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha del servicio desde: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio hasta: \_\_\_\_\_

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Tiene derecho a rechazar la divulgación y evitar que cualquier otra persona divulgue información confidencial relacionada con las siguientes condiciones, tratamientos o pruebas. Para que esta información no se divulgue, marque la o las casillas de verificación correspondientes. Para que esta información se divulgue, marque la última casilla de verificación en la lista.

- Condiciones psicológicas/psiquiátricas  
 Diagnóstico o tratamiento de abuso del alcohol o drogas  
 Diagnóstico o tratamiento de VIH/sida  
 Diagnóstico o pruebas de enfermedades de transmisión sexual  
 Pruebas genéticas  
 **NO** autorizo la divulgación de **NINGUNA** información confidencial  
 Autorizo la divulgación de **TODA** la información confidencial

## MODALIDAD DE ENTREGA:

- Recibir una copia electrónica de los registros (esta opción no está disponible para las imágenes de radiología y cardiología)  
 Enviar un CD/DVD por correo  
 Enviar registros impresos por correo  
 Recoger el CD/DVD en NCH Central Campus, 2157 Pine Ridge road, Naples FL (de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.)  
 Recoger los registros en NCH Central Campus, 2157 Pine Ridge road, Naples FL (de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Consentimiento desde la fecha de vencimiento

\_\_\_\_\_  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Vínculo Fecha



Verisma ha celebrado un contrato con NCH Healthcare System para brindarle copias de sus registros médicos. A fin de brindarle un mejor servicio, de conformidad con la ley del estado de Florida, se aplican las siguientes pautas:

1. Debemos obtener el **CONSENTIMIENTO FIRMADO POR ESCRITO** del **PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL** para la divulgación de los registros médicos.
2. Un **REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE** debe proporcionar una copia de la **ORDEN JUDICIAL QUE ASIGNA UN TUTOR** o un **PODER DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA** al solicitar registros médicos.
3. Al solicitar los registros médicos, **se DEBERÁ PRESENTAR UNA AUTORIZACIÓN VIGENTE y UNA IDENTIFICACIÓN ADECUADA CON FOTOGRAFÍA.**
4. Al solicitar los registros médicos de una **PERSONA FALLECIDA**, se debe proporcionar un **CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN SI** la persona fallecida no falleció en NCH. Si el solicitante no es el cónyuge sobreviviente, el padre/la madre o el hijo/a de la persona fallecida, se requerirá una copia de la documentación del **ALBACEA TESTAMENTARIO.**

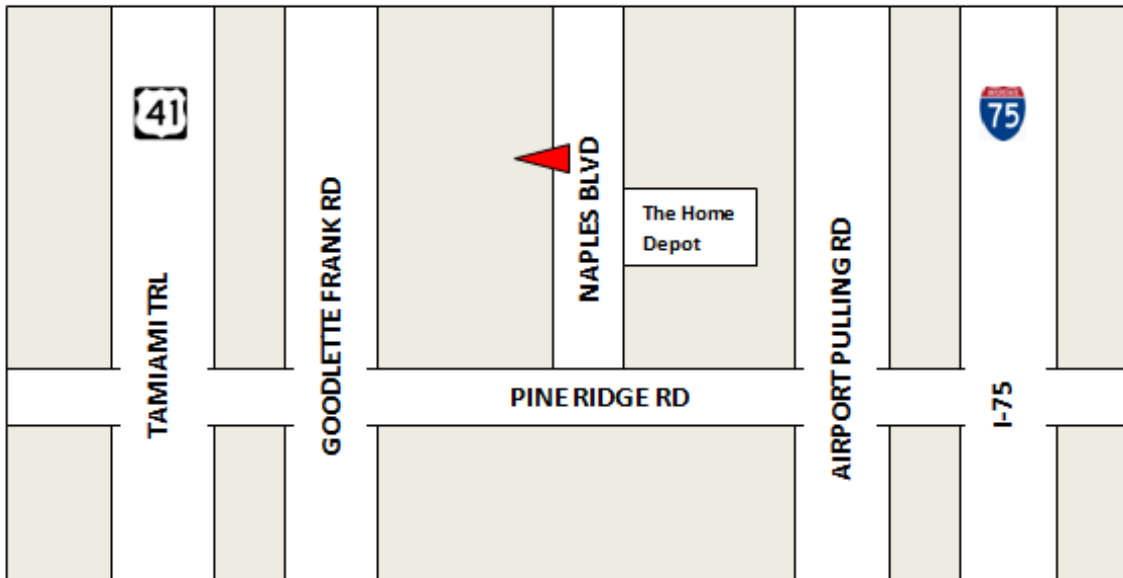
De conformidad con la **Ley 395.3025 del estado de Florida y el código 59R-10.005 del estado de Florida**, se cobrará lo siguiente:

- a. Una tarifa fija de USD 6.50 por solicitud del paciente.
- b. La suma de USD 0.05 por página que se imprima y entregue en copia física.
- c. Los gastos de envío de la copia física de los registros.
- d. La suma de USD 2.00 en concepto de gastos de envío de la parte del registro que consta en papel en relación con una solicitud estándar

más el impuesto a las ventas del 6.5 % y cualquier otro cargo de envío y administrativo aplicable a los registros médicos que no se envían **DIRECTAMENTE A UN MÉDICO NI A UN HOSPITAL.**

Asimismo, se aplica una tarifa de **USD 6.50 por CD** para las imágenes de radiología, cardiología y ecografía.

\*Este mapa no está trazado a escala



### NCH Healthcare System, Inc.

Departamento de gestión de información de salud

2157 Pine Ridge Road, 2157 Pine Ridge Rd.

Naples, FL 34109

TELÉFONO: 239-624-6567

FAX: 239-624-6561

**De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.**