

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Information (Please Print)

First Name	Middle Initial	Last Name	
Street Address	City	State	Zip
Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Phone	Email (optional)	

I authorize the use or disclosure of the above name individual's health information as described below.
Indicate the type of information to be disclosed:

Date(s) Requested: ____/____/____ through ____/____/____

- | | |
|--|---|
| ☐ Discharge Summary | ☐ Operative/Procedure Reports |
| ☐ Emergency Department Records | ☐ Test Results (X-Rays, Lab/Pathology Results, Cardiovascular Studies) |
| ☐ Other (Consultations, Progress Notes) | Please Specify: _____ |
| ☐ Entire Record | ☐ Physician Practice Records |
| | Please Specify Physician's Name: _____ |

Format & Delivery Method Requested:

- Paper Copy: ☐ Mail ☐ Email: Provide Email to send record to (Required): _____
- CD Medical Record: ☐ Mail
- CD Radiology/Imaging Dept: ☐ Mail ☐ In Person pick up ☐ eDelivery

This information may be disclosed to and used by the following individual or organization: (Please fill in below)

Name/Institution: _____

Address: _____

For the purpose of _____

I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), or Human Immunodeficiency Virus (HIV). It may also include information about behavior or mental health services and treatment for alcohol and drug use.

____ (Initials)

I understand that I have a right to revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my revocation to the Health Information Management department. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to consent a claim under my policy. Unless otherwise revoked, the authorization will expire on the following date, event or condition. If I fail to specify an expiration date, event of condition; this authorization will expire in six months.

____ (Initials)

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I may also request a copy of this form. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. This facility is released and discharged of any liability, and the undersigned will hold the facility harmless, for complying with the "Authorization to Disclose Health Information." If I have questions about disclosure or my health information, I can contact the Health Information Management Department at 305-674-2320.

____ (Initials)

Name of Patient or Legal Representative (Please Print)

Relationship (Please Print)

Signature of Patient or Legal Representative

Date



69348

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Información del paciente *(En letra de molde)*

Nombre
Inicial del segundo nombre
Apellido

Dirección postal
Ciudad
Estado
Código postal

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Teléfono
Email *(opcional)*

Yo doy mi consentimiento para que se use o divulgue la información personal de salud de la persona mencionada anteriormente, como se describe a continuación. Indique el tipo de información que se divulgará:

Fecha(s) solicitada(s): del ____/____/____ al ____/____/____

☐ Resumen del alta
☐ Expedientes del Departamento de Emergencias
☐ Otros (Consultas, Notas sobre la evolución)
☐ Expediente completo

☐ Expedientes quirúrgicos/procedimientos
☐ Resultados de las pruebas (Resultados de radiografías, laboratorio/patología, Estudios cardiovasculares) Especifique: _____
☐ Registros de la consulta médica
Indique el nombre del médico: _____

Formato y método de entrega solicitado:

Copia en papel: ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico: Proporcione un correo electrónico al cual enviar el registro (obligatorio): _____

Registro médico en CD: ☐ Correo postal
Departamento de Radiología/Imágenes en CD: ☐ Correo postal ☐ Recogida en persona ☐ Entrega electrónica

Esta información puede ser revelada a las siguientes personas u organizaciones quienes, a su vez, podrán hacer uso de ella: *(Llene a continuación)*

Nombre/Institución: _____
Dirección: _____
Para _____

Entiendo que la información contenida en mi historia clínica puede comprender información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La misma también puede incluir información sobre servicios de salud por problemas de conducta o mentales, así como consumo de drogas. _____ *(Iniciales)*

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar dicha revocación por escrito al departamento de administración de la información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de disputar una reclamación bajo mi póliza. Por el contrario, a menos que se revoque, esta autorización expirará en la fecha, evento o condición. Si yo no puedo especificar un evento o condición con fecha de vencimiento, esta autorización vencerá en seis meses. _____ *(Iniciales)*

Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es indispensable firmar este formulario a fin de asegurar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar o copiar la información que va a ser utilizada o divulgada según lo establecido en CFR 164.524. También puedo solicitar una copia de este formulario. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva implícita la posibilidad de una segunda divulgación no autorizada y que es posible que la información no esté protegida por las reglas de privacidad federales. Esta instalación queda libre de cualquier responsabilidad, y el abajo firmante la mantendrá indemne, por cumplir con la "Autorización para Divulgar Información de Salud". Si tengo preguntas sobre la divulgación o sobre mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud al 305-674-2320. _____ *(Iniciales)*

Firma del paciente o representante legal *(En letra de molde)*
Relación *(En letra de molde)*

Firma del paciente o representante legal
Fecha