

COMPLETION DATE:

Adjunto 46
Autorización para Divulgación a 3. as Personas



UNIVERSITY OF MIAMI
MILLER SCHOOL
of MEDICINE

Autorizo el uso o divulgación de información sobre mi historial médico de la siguiente manera.

1. Persona(s) o categoría de personas autorizadas para usar o divulgar la información (p. ej. departamento, médico):

2. Persona(s) o categoría de personas autorizadas para recibir la información (p. ej. empleador, investigador):

Si usted desea que su record sea enviado a una tercera persona, por favor provea la dirección o el número de fax a donde quiera que sea enviada la información. Añada las paginas adicionales si hay más personas a las cuales quiere que le enviemos.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

3. Descripción de la información que puede ser usada o divulgada (p. ej. toda la información referente a un tipo específico de tratamiento):

Por separado, debe inicialar los siguientes documentos, si corresponde a su autorización:

CONDICIÓN RESPECTO AL VIH/SIDA – Información relacionada con el VIH, que incluye toda información que indique que se me ha realizado un examen relacionado con el VIH, con una infección de VIH o una enfermedad relacionada con el VIH, o cualquier información que indicaría que he estado potencialmente expuesto al VIH.

Enfermedades de transmisión sexual Información sobre una agresión sexual

Registros de tratamientos de salud mental que se rigen por la ley del estado (incluidos los registros de salud mental relacionados con tratamientos de salud mental involuntarios o voluntarios). Los registros de salud mental pueden incluir información sobre abuso de sustancias.

Registros de tratamientos por abuso de sustancias (drogas y alcohol) La información sobre abuso de sustancias puede ser parte de los registros de salud mental.

4. La información será usada o divulgada para los siguientes propósitos (Nota: si el paciente inicia la petición, la expresión “a petición del paciente” es suficiente):

5. [Si fuera pertinente] La divulgación de mi información para propósitos de mercadeo se espera que produzca un beneficio económico directo o indirecto para [escriba el nombre de la entidad en cuestión].

6. Esta autorización vence [escriba la fecha, o describa un evento o actividad con relación al paciente, o propósito de la autorización]. Si no se completa, esta autorización expirará en un año a partir de la fecha firmada.

Entiendo que si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de servicios médicos o plan médico regido por las regulaciones de privacidad federales, la información mencionada podría volver a ser divulgada y ya no estaría protegida por estas regulaciones. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmarla no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago, inscripción, o mi elegibilidad para beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una petición por escrito a la Universidad de Miami, P.O Box 019132 (M-879), Miami, FL 33101, excepto en caso de que ya se haya tomado acción con relación a esta autorización.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Nombre del Paciente

Dirección del Paciente

Número Telefónico del Paciente

Las últimos 4 dígitos del Seguro Social Fecha de Nacimiento

Nombre del Representante Personal (si es pertinente)

Vínculo con el Paciente

University of Miami – Office of HIPAA Privacy & Security
PO Box 019132 (M-879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

AUTHORIZATION FOR 3RD PARTY DISCLOSURES (SPANISH)



Form D3900052S

Revised 06/03/2014

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SSN: _____

DOB: ____/____/____

DATE: _____ TIME: _____