

Autorización para la Divulgación de la Información del Récord Médico
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION)

**LEE MEMORIAL
HEALTH SYSTEM**

Por este medio yo autorizo al Lee Memorial Health System para divulgar mi información protegida, incluyendo información de mi récord médico incluyendo análisis del VIH (SIDA), enfermedad transmitida sexualmente, servicios de salud mental y/o de abuso de sustancias. Además, yo relevo al Lee Memorial Health System de toda responsabilidad legal y/o responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de tales récords, según se especifica arriba y por este medio yo renuncio a todos los derechos que tengo para preservar su confidencialidad.

Nombre legal del(de la) paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: (_____) _____

Envíe por correo a: Nombre _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta información es para ser: Enviada por correo Recogida - Fecha: _____ Hora: _____ AM PM
 Envío Electrónico (formas adicionales para ser completado)

La solicitud está sujeta a las limitaciones, según se enumeran abajo, y es con el propósito de:

Persona Pago Operaciones del cuidado de la salud Otro: _____

Tratamiento (Cuidado continuado) Cita médica (día/hora): _____

Por favor, provea lo siguiente:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina del médico | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Récord operativo | <input type="checkbox"/> Resultados del VIH (Análisis del SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de radiología | <input type="checkbox"/> Análisis diagnósticos | <input type="checkbox"/> Análisis siquiátrico/sicológico (salud mental) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

La autorización es para la fecha(s) de tratamiento enlistada(s):

Desde (Fecha): _____ Hasta (Fecha): _____ Instrucciones especiales: _____

**Yo acuerdo además pagar las tarifas cargadas para proveer la información solicitada.
Yo también entiendo que las tarifas quedan dentro de las tarifas permitidas por la Ley de la Florida.**

*De acuerdo con el
Estatuto de la Florida 395.3025*
El cargo exclusivo por copias de los récords del paciente podrían incluir impuestos de ventas y franqueo corriente, y con la excepción de récords que no estén en papel (microfichas), que no podrán exceder \$1.00 por página, según provisto en la Sección 28.48(8)(A). Una tarifa de hasta \$1.00 puede ser cargada por cada año de récords solicitados. Estos cargos aplicarán a todos los récords provistos, ya sea directamente de la facilidad o de un servicio de copias que provea estos servicios de parte de la facilidad.
Sin embargo, a un paciente cuyos récords médicos son copiados y/o buscados con el único propósito de continuar con su cuidado médico no se le requerirá pagar ningún cargo asociado con el copiado.
Iniciales del paciente: _____

Consentimiento para los menores de edad
A los menores de edad se les permite consentir al cuidado y tratamiento médico en las siguientes situaciones. Por lo tanto, los padres no tienen el derecho a la información médica del menor sin el consentimiento escrito del menor, un emplazamiento u orden de un juzgado.
1. Un menor de edad que está o ha estado casado.
2. Una menor de edad embarazada sin casarse que consiente a la practica de cuidado o servicios médicos o quirúrgicos relacionados con su embarazo.
3. Una madre menor de edad sin casarse que consienta al cuidado o servicios médicos o quirúrgicos o servicios para su niño.
4. Una menor de edad en busca de servicios de impedimento por abuso de sustancias.
5. Un menor de edad consintiendo al examen y tratamiento de una enfermedad transmitida sexualmente.
6. Un menor de edad recibiendo información o servicios de contracepción.
7. Un menor de edad con una orden de un juzgado removiendo la incapacidad de minoría de edad.
8. A menos que un padre se oponga por escrito, cualquier menor que ha alcanzado la edad de 17 años puede dar consentimiento a la donación, sin compensación por lo tanto, de su sangre y a la penetración en el tejido necesaria para lograr tal donación.

Se renuncia a las tarifas sólo si las copias son hechas llegar a una oficina médica y/o proveedor de cuidado de la salud.

Firma del(de la) paciente: _____ Fecha/Hora: _____

Si es usted el representante legal, firme abajo y establezca la relación y la autoridad para hacerlo y anexe una copia del documento de autoridad.

Representante legal: _____ Autoridad: _____

Padre/Guardián custodio: _____ Fecha/Hora: _____

Esta autorización esta en efecto hasta _____ o por 1 año de la fecha en que se firma.

LMHS no le impondrá condiciones al tratamiento, pago, registro en un plan de salud o elegibilidad para beneficios al individuo proveyendo la autorización del uso solicitado, según establece arriba. Esta autorización puede ser revocada, excepto hasta el alcance en que la(s) acción(es) sea(n) tomada(s), según descrita(s) por esta autorización; la revocación deberá ser por escrito de acuerdo con la política y los procedimientos del LMHS delineados en nuestra Afirmación de Aviso de Privacidad. La información usada/divulgada de acuerdo con la autorización puede estar sujeta a la divulgación de parte del recipiente y podría ya no estar protegida por las Reglas de Privacidad Federal.



Usted ha solicitado una copia electrónica de su expediente médico. HealthPort, bajo acuerdo con este proveedor de servicios a la salud, facilitará la emisión de su expediente con base en su solicitud autorizada.

Usted recibirá un mensaje de correo electrónico de parte de HealthPort, a la dirección de correo electrónico que usted haya proporcionado, el cual incluirá instrucciones detalladas sobre cómo obtener su expediente electrónico a través de un portal de Internet seguro. Una vez que usted reciba la notificación por correo electrónico de parte de HealthPort, el expediente médico estará disponible a través del portal de Internet durante 90 días. Si usted no obtiene su expediente dentro de ese límite de tiempo, el expediente será eliminado del portal. Si usted necesita el expediente después de haber transcurrido ese tiempo, usted debe volver a someter su solicitud al proveedor de servicios a la salud.

Para tener acceso al expediente de forma electrónica, su computadora debe reunir o exceder los siguientes requisitos:

- Plataforma Windows o Mac
- Pentium 3 ó mac G3 ó mayor
- Por los menos 128 MB de RAM
- Internet Explorer 6.0 ó 7.0 con 128-bit encryption pack ó Netscape 4.77
- Modem de por lo menos 56K; sin embargo, se recomienda una línea T1 ó DSL
- Adobe Reader (última versión disponible gratuitamente en www.adobe.com)
- Impresora 200 dpi (ó mayor) (para imprimir el expediente)

Las reglamentaciones de pago varían de estado a estado, por lo tanto, dependiendo de la ubicación del proveedor de servicios médicos del cual usted solicitó el expediente, es posible que haya un cargo asociado con este servicio. De ser así, usted recibiría una factura por parte de HealthPort junto con el expediente médico.

Si usted tiene cualquier pregunta o desea verificar el estado del expediente médico, por favor llámenos directamente al (800) 367-1500, #4.

Atentamente,
HealthPort

