Cleveland Clinic
Florida

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____
Apellido **Nombre de pila** **2do. nombre**

Domicilio particular: _____

Teléfono de casa: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de Seguro Social:** _____

Especifique la información que se divulgará / breve descripción de la Información médica protegida divulgada: (Marque todas las que correspondan)

- ☐ Portada
- ☐ Resultados de laboratorio, especifique: _____
- ☐ Resultados de radiología, especifique: _____
- ☐ Expediente médico completo
- ☐ Expediente de Sala de Emergencias
- ☐ Otro, especifique: _____
- ☐ Historial y examen general
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Consulta
- ☐ Factura desglosada o datos de facturación
- ☐ Lista de medicamentos para el alta

Objetivo del uso o divulgación:

- ☐ Continuar con la atención médica
- ☐ Personal
- ☐ Legal
- ☐ Seguro
- ☐ Otro: _____

Fechas del servicio requerido: _____

Al anotar una marca junto a la categoría de información altamente confidencial en la lista que se muestra a continuación y al firmar en la línea correspondiente a la derecha, específicamente doy mi autorización para el uso y/o la divulgación del tipo de información altamente confidencial que se indica junto a mi firma, si dicha información se utilizara o divulgara conforme a esta Autorización. (Puede omitir esta sección si no aplica en su caso)

- ☐ Enfermedad mental _____
- ☐ Discapacidad del desarrollo _____
- ☐ Notas de psicoterapia _____
- ☐ Análisis o tratamiento para VIH / SIDA (sin importar el resultado) _____
- ☐ Enfermedad venérea _____
- ☐ Abuso de un adulto con discapacidad _____
- ☐ Agresión sexual _____
- ☐ Abuso o negligencia infantil _____
- ☐ Otra _____ _____

RECEPTOR: Nombre de la persona o clase de personas a quien CLEVELAND CLINIC FLORIDA puede divulgar mi información médica:
Nombre: _____

Dirección: _____

PLAZO DE VIGENCIA: Esta autorización estará en vigencia:

- ☐ Desde la fecha de este documento hasta el día _____ de _____ de 20_____.
- ☐ Hasta que una entidad cubierta complete esta solicitud.
- ☐ Hasta que ocurra esta situación: _____

OBJETIVO: Doy mi autorización a CLEVELAND CLINIC FLORIDA para utilizar o divulgar mi información médica (incluida la información altamente confidencial que indiqué anteriormente) durante el plazo de vigencia de esta Autorización para los siguientes propósitos específicos: Nota: es suficiente anotar "a solicitud del paciente" si es el/la paciente quien inicia esta Autorización.
_____

Comprendo que una vez que CLEVELAND CLINIC FLORIDA divulgue mi información médica al receptor, CLEVELAND CLINIC FLORIDA ya no puede garantizar que el receptor no divulgará dicha información médica a un tercero. Es posible que ese tercero no esté obligado a obedecer esta Autorización o la ley federal y estatal aplicable que rige el uso y divulgación de mi información médica.
Comprendo que CLEVELAND CLINIC FLORIDA, de manera directa o indirecta, puede recibir remuneración de parte de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información médica.
Comprendo que puedo revocar en cualquier momento esta autorización o rehusarme a firmarla por cualquier motivo, y dicho rechazo o revocación no afectará el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento en CLEVELAND CLINIC FLORIDA, excepto si mi tratamiento en CLEVELAND CLINIC FLORIDA es sólo con el propósito de generar información médica para divulgarla al receptor identificado en la presente Autorización. Sólo en este caso, CLEVELAND CLINIC FLORIDA puede rechazar brindarme tratamiento si no firmo esta Autorización.
Comprendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que se venza el plazo de vigencia o hasta que yo proporcione una notificación por escrito de revocación al Funcionario de Confidencialidad de Cleveland Clinic Florida en la dirección que se muestra más adelante. La revocación entrará en vigor inmediatamente cuando CLEVELAND CLINIC FLORIDA reciba mi notificación por escrito; sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno en cualquier acción que CLEVELAND CLINIC FLORIDA haya emprendido con base en esta Autorización antes de recibir mi revocación por escrito.

Puedo comunicarme con el Funcionario de Confidencialidad de Cleveland Clinic Florida por corre en esta dirección: Cleveland Clinic Florida, Attn: Privacy Officer, 3100 Weston Road, Weston, Florida 33331, or telephone at 954-689-5072 (c/o HIM Department Director).

Afirmo que leí y comprendí los términos y condiciones de esta Autorización y que tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi informaciíon médica. Al firmar a continuación, de manera informada y voluntaria doy mi autorización a CLEVELAND CLINIC FLORIDA para que utilice o divulgue mi información médica en la manera que se describe anteriormente.

_____ _____
Firma del paciente Fecha

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización por algún otro motivo, será necesario que aparezcan estas firmas:

_____
Firma del representante personal

_____ _____
Descripción de su autoridad Fecha

For Internal Use Only/Sólo para uso interno: The identity of the requestor has been validated either with a government issued picture ID, such as a driver's license or passport, or comparison of signatures documented in the PHI records. **Signature of employee validating identity:** _____