

Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC

876 South Parsons Ave, Brandon, FL 33511 • Tel: (813)653-3359 • Fax: (813)662-9639

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS/PHI

Nombre del paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Últimos 4 SSN _____ Número de Teléfono _____ Dirección _____

Oficina/Instalación RECIBIENDO Expedientes Médicos Enviado por: Fax Correo

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Ciudad _____ State _____ Zip _____

Oficina/Instalación ENVÍANDO de Expedientes Médicos

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Ciudad _____ State _____ Zip _____

Para los siguientes propósitos

Atención médica continua Información personal Seguimiento Legal

Los seguros de invalidez Otro _____

Autorizo el uso y/o divulgación de los siguientes registros médicos y/o PHI

Expediente médico completo Notas e informes de oficina Informes de diagnóstico

Lista de medicamentos Expedientes hospitalarios transcritos Informes de laboratorio

Estados de cuenta Otros registros: _____

PHI SENSIBLE Autorizo además la divulgación de la PHI a continuación, que puede incluirse en mis registros médicos

Tratamiento de abuso de alcohol/sustancias Información de salud mental (excluyendo psicoterapia)

Información relacionada con las ETS/VIH/SIDA Notas de psicoterapia

Prueba genética Otro _____

No divulgar información sobre abuso de alcohol/sustancias, salud mental, ETS, VIH/SIDA o genética

Esta autorización para Divulgación de Información cubre el período de servicios de atención médica prestados

desde _____ - _____ Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

- 1) Entiendo** que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por HIPAA y otras normas federales y estatales. Sin embargo, es posible que se le prohíba al destinatario divulgar información sobre el abuso de sustancias en virtud de los Requisitos federales de confidencialidad sobre el abuso de sustancias.
- 2) Entiendo** que la persona a la que autorizo a usar y/o divulgar la información puede no recibir compensación por hacerlo.
- 3) Entiendo** que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o el pago de mi elegibilidad para los beneficios. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información para ser utilizada y/o divulgada bajo esta autorización.
- 4) Entiendo** que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito a la DDA, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha de la firma **o hasta (Insertar fecha):** _____.

Nombre del paciente

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Nombre impreso del representante

Relación con el paciente