



AUTORIZACION DE USO PARA SOLICITAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Numero de expediente medico: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguridad social: _____

Tipo de solicitud/divulgacion: Registros médicos Forma/Carta/Informe Comunicación Verbal

Yo _____ doy mi permiso a Compass Health Systems, PA o a la entidad liberar la
Nombre de paciente (por favor imprima)
información contenida en mi expediente médico. Entiendo que mi expediente médico puede contener información relativa a mi droga psiquiátrica, psicológica, abuso de alcohol, tratamiento para el abuso sexual, síndrome de deficiencia inmunológica adquirida VIH (SIDA) o enfermedades relacionadas, y que bajo la ley de *Florida* estos registros son clasificados como confidencial y privilegiada y no puede ser lanzado a mí o aquellos designados por mí o mi tutor legal sin una expresa y consentimiento informado. Además, entiendo que los registros no se liberará a entidades que no sean los designados por mí mismo o mi representante personal o disposición en contrario en Florida o en la ley federal.

Liberar/solicitud de información médica a:

Nombre del beneficiario/solicitante: _____ Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Motivo de solicitud/divulgacion: _____

Autorizo a Compass Health Systems, PA para solicitar o divulgar la información de salud que cubre las **fechas de tratamiento de:** _____

El tipo de información a ser solicitados/divulgada es la siguiente:

Ser Lanzado:

_____ Planes de tratamiento
_____ Notas de Psiquiatrico
_____ Registros de medicos
_____ Educación informes
_____ Descarga resúmenes
_____ Evaluación psicológica/psiquiátrica
_____ Desarrollo social historia
_____ Comunicación Verbal
_____ Otro: _____

Para Solicitar:

_____ Planes de tratamiento
_____ Notes de Psiquiatrico
_____ Registros de medicos
_____ Educación informes
_____ Descarga resúmenes
_____ Evaluación psicológica/psiquiátrica
_____ Desarrollo social historia
_____ Comunicación Verbal
_____ Otro: _____

_____ (inicial) entiendo que tengo derecho a retirar mi autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en virtud de la autorización. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrito el Departamento de registros médicos.

_____ (inicial) entiendo que autorizar el divulgar esta información médica es voluntaria, puedo negarme a firmar y Compass Health Systems, PA no basará mi tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios en si o no dar autorización para solicitar el uso o divulgación. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información a ser divulgada como provisto en CFR164.524 (precio razonable)

_____ (inicial) entiendo que la información usada o divulgada en conformidad con esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor de la información ya no está protegido por las leyes federales de confidencialidad o Compass Health Systems, PA.

_____ (inicial) entiendo que los sistemas de salud brújula liberará sólo la cantidad mínima de información para satisfacer una solicitud y no lanzará ningún registro por el que la divulgación puede resultar en lesión o daño a mí o a otros.

_____ (inicial) reconozco que una cuota de no menos de \$25 será evaluada a mí para la terminación de cualquier carta o formulario por Compass Health Systems. Entiendo que la cuota puede ser mayor que \$25 dependiendo de la longitud y complejidad de la información solicitada.

_____ (inicial) entiendo que Compass Health Systems lanzará electrónica protegida información sobre salud (ePHI) cuando se solicita en dicho formato.

Esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma y sujeto a revocación con escrito en cualquier momento. Fecha de vencimiento: _____

Solicitar por:

Recoger correo: _____ Numero de fax: _____ Mail:

Dirección:

Pagado: \$ _____ Preparado por: _____

Firma de paciente/representante: _____ Fecha: _____

Relación del paciente representante: _____