



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
DIRECCIÓN: _____ **N.º de teléfono:** _____
Ciudad/estado/código postal: _____ **Correo electrónico:** _____

Por medio del presente documento, solicito a: **NCH Hospital** **NCH Physician Group** que divulgue mi información médica personal, y lo autorizo a tal efecto.

Para divulgue mi información médica a: _____
 (Nombre) (Dirección)

 (Ciudad, estado y código postal)

Especifique el tipo de medio	Registros impresos: <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Recoger
	Registros electrónicos: <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo de CD <input type="checkbox"/> Recoger CD <input type="checkbox"/> Portal
	<input type="checkbox"/> Fax N.º: _____

Comprendo y reconozco que determinada información que podría constar en el registro médico requiere de una autorización específica para su divulgación. Salvo que la ley estipule lo contrario, dicha información no podrá divulgarse sin mi consentimiento específico. **Además, tengo derecho a negarme a que se efectúe la divulgación y a evitar que cualquier otra persona divulgue información confidencial. Dicha información podría incluir lo siguiente: (1) tratamiento de afecciones mentales o emocionales, (2) consumo de alcohol/drogas o (3) pruebas de VIH o resultados de pruebas.** **No divulgar mi información confidencial.**

Propósito de la divulgación: Propio/Personal Atención continua Seguro Legal Otro (especifique) _____

Esta autorización se otorga para la(s) fecha(s) de tratamiento indicada(s): Desde: _____ Hasta: _____

Información que se divulgará (marcar todas las opciones que correspondan):

- Nota del consultorio médico
- Informe de sala de emergencias
- Resultados de laboratorio
- Resumen (incluye anamnesis y exploración física, informe quirúrgico, informes de consultas, informes de pruebas, resumen de altas)
- Otro (especifique) _____
- Anamnesis y exploración física
- Informe quirúrgico
- Informes de radiología
- Informe de consultas
- Informe de patología
- CD** de radiología
- CD** de cardiología

En virtud del presente documento, acuerdo mantener indemne a NCH Healthcare System, sus ejecutivos, directores, empleados, agentes e integrantes de su personal médico de todo tipo de reclamación o responsabilidad en que estos incurran en cualquier momento a raíz de la divulgación de la información médica que autorizo en el presente consentimiento, o bien que se relacione con dicha divulgación. Al firmar este documento, es posible que la información de salud empleada o divulgada en virtud de esta autorización deje de estar protegida por las leyes federales en materia de privacidad.

Este consentimiento podrá revocarse en cualquier momento mediante notificación al oficial de privacidad, salvo en la medida en que el centro que obtiene el consentimiento ya haya actuado sobre la base de dicho consentimiento. Este consentimiento y esta autorización vencerán automáticamente a los seis meses de la fecha de su formalización, salvo que el paciente o su representante autorizado los revoquen antes de dicha fecha.

También acepto pagar las tarifas que se indican en la página 2 de este documento para brindar la información solicitada. No se exigirá el pago de las tarifas si las copias se reenvían al consultorio de un médico o proveedor de atención médica. Para obtener información sobre las tarifas de las imágenes de radiología, cardiología y neurología, llame al Departamento de Divulgación de Información de NCH, al 239-624-6567.

Firma del paciente (Patient's Signature)

Fecha (Date)

Representante legal (Authorization)

Vínculo (Relationship)

Fecha (Date)

Para uso del departamento únicamente:

Divulgado por: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
(Consent for Release of Medical Information - Spanish)

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT
 NCH HEALTHCARE SYSTEM, NAPLES, FLORIDA

687S

Ciox ha celebrado un contrato con NCH Healthcare System para brindarle copias de su historia clínica. A fin de brindarle un mejor servicio, de conformidad con la ley del estado de Florida, se aplican las siguientes pautas:

1. Debemos obtener el **CONSENTIMIENTO FIRMADO POR ESCRITO** del **PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL** (después del alta) para la divulgación de los registros médicos.
2. Al solicitar los registros médicos, **se DEBERÁ PRESENTAR UNA AUTORIZACIÓN VIGENTE y UNA IDENTIFICACIÓN ADECUADA CON FOTOGRAFÍA**. Tenga a bien efectuar la solicitud con 24 horas de anticipación.

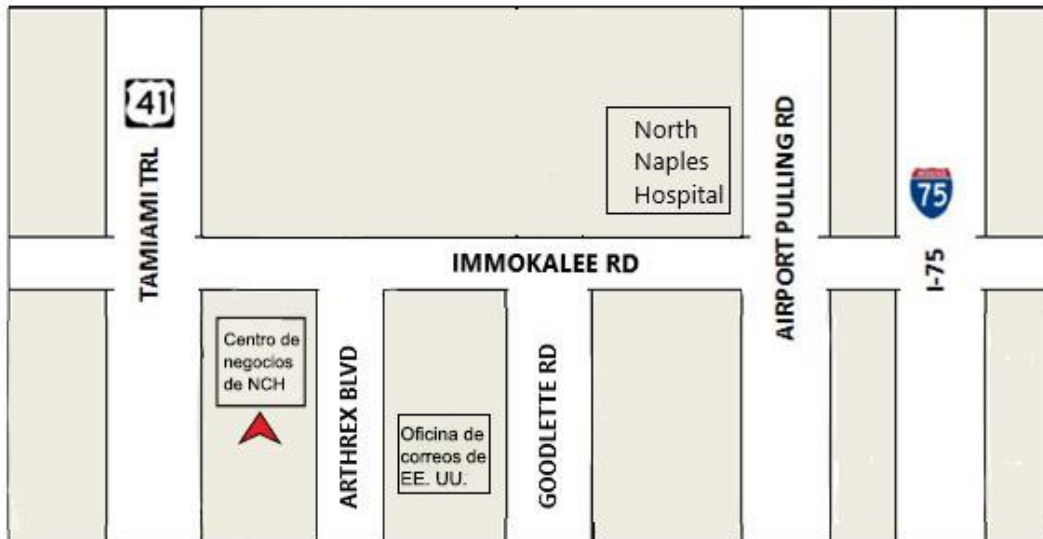
De conformidad con la **Ley 395.3025 del estado de Florida y el código 59R-10.005 del estado de Florida**, se cobrará lo siguiente:

- a. Una tarifa fija de USD 6.50 por solicitud del paciente.
- b. La suma de USD 0.05 por página que se imprima y entregue en copia física.
- c. Los gastos de envío de la copia física de los registros.
- d. La suma de USD 2.00 en concepto de gastos de envío de la parte del registro que consta en papel en relación con una solicitud estándar

más el impuesto a las ventas del 6.5 % y cualquier otro cargo de envío y administrativo aplicable a los registros médicos que no se envían **DIRECTAMENTE A UN MÉDICO NI A UN HOSPITAL**.

Asimismo, se aplica una tarifa de **USD 6.50 por CD** para las imágenes de radiología, cardiología y ecografía.

*Este mapa no está trazado a escala.



NCH Healthcare System, Inc.

Departamento de gestión de información de salud
NCH Business Center
1100 Immokalee Road, Suite 100
Naples, FL 34110
Teléfono: (239) 624-6567
Fax: (239) 624-6561

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(Consent for Release of Medical Information - Spanish)

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT
NCH HEALTHCARE SYSTEM, NAPLES, FLORIDA