



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por el presente documento, solicito a: ☐ NCH Hospital ☐ NCH Physician Group que divulgue mi información de salud personal y la autorizo a tal efecto

Divulgar información de salud a: \_\_\_\_\_

<i>Especifique el método de divulgación:</i>	<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: _____ <input type="checkbox"/> Correo: _____ <input type="checkbox"/> Recogida (dirección en la 2.ª página) <input type="checkbox"/> N.º de fax: _____
--	---

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 autorización específica. **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 para afecciones mentales o emocionales, (2) consumo de alcohol/drogas o (3) pruebas de VIH o resultados de pruebas.** ☐ **NO** divulgar información confidencial.

Finalidad de la divulgación: ☐ Personal ☐ Atención continua ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Otra (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):**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen (H&P, informe quirúrgico, informes de consultas, informes de pruebas, resumen de altas) | <input type="checkbox"/> Nota del consultorio médico    | <input type="checkbox"/> Informe de consultas      | <input type="checkbox"/> Informe de radiología   |
|  | <input type="checkbox"/> Nota de urgencias              | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología  |
|  | <input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico        | <input type="checkbox"/> Informe de cardiología  |
|  | <input type="checkbox"/> Resumen de altas               | <input type="checkbox"/> Imágenes patológicas      | <input type="checkbox"/> Imágenes de cardiología |
- ☐ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

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 la presente autorización, 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.

Esta autorización podrá revocarse en cualquier momento mediante notificación al oficial de privacidad, salvo en la medida en que el centro que obtiene la autorización ya haya actuado sobre la base de esta. Esta autorización vencerá de manera automática en un (1) año a partir de la fecha de su firma, a menos que el paciente o su representante autorizado la 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Vínculo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**  
GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD  
NCH HEALTHCARE SYSTEM, NAPLES, FLORIDA



PARA SOLICITAR REGISTROS  
MÉDICOS A TRAVÉS DE UN SITIO  
WEB SEGURO EN LUGAR DE  
ESTE FORMULARIO EN PAPEL:

Escanee este código  
QR con la cámara de  
su teléfono o tableta

**Datavant (CIOX)** facilita la divulgación de los registros de NCH Healthcare System con la autorización adecuada. A fin de brindarle un mejor servicio, de conformidad con la ley del estado de Florida, se aplican las siguientes pautas:

1. Debemos obtener la **AUTORIZACIÓN FIRMADA POR ESCRITO** del **PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL** (después del alta) para la divulgación de los registros médicos. Tenga a bien efectuar la solicitud con 48 horas de anticipación.
2. Al solicitar los registros médicos, **se DEBERÁ PRESENTAR UNA AUTORIZACIÓN VIGENTE y UNA IDENTIFICACIÓN ADECUADA CON FOTOGRAFÍA.**

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 envía **DIRECTAMENTE A UN MÉDICO NI A UN HOSPITAL**
- e. Se aplica una tarifa de **USD 6.50 por CD** para las imágenes de radiología, cardiología y ecografía

**NCH Healthcare System, Inc.**

Gestión de Información de Salud

NCH Business Center

1100 Immokalee Road, Suite 100

Naples, FL 34110

TELÉFONO: 239-624-6567

FAX: 239-624-6561

CORREO ELECTRÓNICO: [releaseofinformation@nchmd.org](mailto:releaseofinformation@nchmd.org)

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

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

NCH HEALTHCARE SYSTEM, NAPLES, FLORIDA