Cleveland Clinic Florida

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

1. Información del paciente:			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		N.º de registro médico de Cleveland Clinic	
Dirección actual		Ciudad	Estado / Código postal
Últimos 4 dígitos del n.º del seguro social	Correo electrónico	Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento / /

2. Divulgar información de (marcar todo lo que corresponda):

- ☐ Establecimientos de Cleveland Clinic Weston
- ☐ Establecimientos de Cleveland Clinic Indian River
- ☐ Establecimientos de Cleveland Clinic Martin Health **U** ☐ Oficina del médico de Cleveland Clinic (especifique):_____

NOTA: *para la divulgación de registros médicos de Cleveland Clinic Ohio y Cleveland Clinic Akron General (CCAG), debe realizar su pedido directamente a Cleveland Clinic Ohio o CCAG.*

3. Divulgar información a:

Nombre del destinatario

Dirección | Ciudad/estado | Código postal

Número de teléfono: ( ) | Número de fax: ( )

Marcar la opción de entrega deseada:

☐ Papel ☐ CD Entrega electrónica segura (indicar la dirección de portal/correo electrónico del destinatario)_____

Propósito de la divulgación: _____

(El propósito de la divulgación se debe completar antes del procesamiento; p. ej., continuación de la atención, uso personal, legal)

Fechas de los servicios que se divulgarán (DESDE):_____**(HASTA):**_____

☐ Resumen [*un resumen de su visita que contiene información pertinente sobre su tratamiento, como el resumen del alta hospitalaria, los antecedentes y los exámenes físicos, las consultas, los informes quirúrgicos, los resultados de análisis de laboratorio, los resultados diagnósticos y los informes].

☐ Visitas al consultorio	☐ Informes quirúrgicos	☐ Informes de radiología	☐ Informes de terapia ocupacional/fisioterapia
☐ Departamento de emergencias	☐ Antecedentes y examen físico	☐ Asesoría	☐ Lista de medicamentos para el alta hospitalaria
☐ Informes	☐ Resumen de datos sobre el paciente	☐ Todos los registros médicos	☐ Otra: ____ _____
☐ Resumen del alta	☐ Informes de laboratorio	☐ Informes de radioncología	

Yo, el abajo firmante, autorizo a la Cleveland Clinic a divulgar información médica como se indica/describe anteriormente. Entiendo y reconozco que, a menos que se indique más abajo, la información médica solicitada puede contener información relativa a enfermedades físicas y mentales, resultados de pruebas o diagnósticos de ITS, resultados de pruebas o diagnósticos de VIH, tratamiento del SIDA/de afecciones relacionadas con el SIDA, y/o abuso de alcohol/drogas. **Esta autorización no incluye el permiso para divulgar notas de psicoterapia ambulatoria (****Las notas de psicoterapia se definen como notas que documentan sesiones de asesoramiento privadas, conjuntas, de grupo o familiares separadas del resto de la historia clínica de un paciente).* **La divulgación de notas de psicoterapia requiere una autorización aparte.**

No autorizo a Cleveland Clinic a divulgar información médica relativa a:

☐ Enfermedad mental ☐ Resultados de pruebas o diagnósticos de ITS Resultados de pruebas o diagnósticos de VIH☐ Tratamiento del SIDA/de afecciones relacionadas con el SIDA ☐ Tratamiento relacionado con el abuso de alcohol/drogas.

Esta autorización y consentimiento vencerá un año después de la fecha de autorización escrita más abajo, a menos que yo (o mi representante legal) la revoque mediante un aviso por escrito presentado ante la Administración de Información Médica (consulte la información de contacto más abajo). La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se basarán en el hecho de que firme o no esta autorización.

Una vez que mi información médica se revele, el destinatario podrá volver a revelarla y es posible que ya no esté protegida por la ley. Al destinatario de mi información médica se le podrá cobrar por el servicio de divulgar la información médica. El envío de los registros directamente a mi proveedor de atención médica no tiene costo.

Si la autorización no está completa, firmada y fechada, se podrá devolver y esto dará lugar a que mi información no se divulgue hasta que se complete.

_____ | _____ | __/__/__

*Firma del paciente/representante personal del paciente*** | *Nombre en letra de imprenta* | *Fecha de la firma*

_____

Relación, si no es el paciente

Si la firma no es la del paciente, la solicitud* ***DEBE *estar acompañada de una copia de la documentación legal que verifique al representante personal del paciente (p. ej., tutor designado por un tribunal, poder notarial). Excepción: padre/madre que firma en nombre de un paciente menor de dieciocho años.*

***En el caso de un paciente fallecido, la autorización firmada por la persona nombrada debe estar acompañada de una nota u orden judicial que designe un fiduciario, albacea o administrador, o de las cartas de designación recibidas del tribunal sucesorio. Si la sucesión no ha sido legalizada, se debe presentar un certificado de defunción junto con los documentos que nombran al administrador o albacea de los bienes sucesorios.*

Presentar la solicitud ante una de las siguientes entidades:

Cleveland Clinic Weston
Health Information Management Department
3100 Weston Rd., Weston, FL 33331
(954) 689-5087 / (954) 689-5519 (fax)

Cleveland Clinic Martin
Health Information Management Department
PO Box 9010, Stuart, FL 34995
(772) 223-5945 ext.: 13070 / (772) 692-5140 (fax)

Cleveland Clinic Indian River
Health Information Management Department
1000 36th Street, Vero Beach, FL 32960 (772)789-8479 ext: 8479 / (772) 563-4441 (fax)