Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud

Use este formulario para pedir expedientes de otro proveedor o para enviar sus expedientes de Harmony Community Clinic a otra persona.

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Dirección de la solicitud (marque una)

☐ Entregar DESDE el proveedor indicado abajo HACIA Harmony Community Clinic
☐ Entregar DESDE Harmony Community Clinic HACIA la persona o proveedor indicado abajo

Nombre del proveedor, centro o persona _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

2. Información que se entregará

☐ Expediente completo
☐ Informes de imágenes
☐ Informes de especialistas
☐ Notas de consulta / evolución
☐ Lista de medicamentos
☐ Registros de facturación
☐ Resultados de laboratorio
☐ Registro de vacunas
☐ Otro: _____

Fechas de servicio (desde) _____ Fechas de servicio (hasta) _____

3. Información con protección especial

Las leyes federales y de Florida exigen un permiso específico para la información de abajo. Ponga sus iniciales en cada tipo que autoriza entregar. Si no pone sus iniciales, esa información no se entregará.

Pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA _____ Iniciales

Información de salud mental o psicoterapia _____ Iniciales

Expedientes de tratamiento por uso de alcohol o sustancias _____ Iniciales

Pruebas o tratamiento de infecciones de transmisión sexual _____ Iniciales

Resultados de pruebas genéticas _____ Iniciales

4. Propósito

☐ Continuidad de la atención
☐ Legal
☐ Uso personal
☐ Otro: _____
☐ Seguro

5. Vencimiento

Esta autorización vence en esta fecha o evento: _____. Si no se escribe fecha ni evento, vence un (1) año después de la fecha de firma.

6. Mis derechos

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento con un aviso por escrito a Harmony Community Clinic, excepto en la medida en que ya se haya actuado basándose en ella.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependerán de que firme esta autorización.
- La información entregada con esta autorización puede ser compartida de nuevo por quien la recibe y puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad. Los expedientes de tratamiento por uso de sustancias están protegidos contra nueva divulgación por 42 CFR Parte 2.
- Puedo recibir una copia de esta autorización firmada. Pueden aplicarse cargos razonables por copias según lo permita la ley de Florida.

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.