

**Solicitud de expedientes médicos: Autorización para usar o divulgar información médica protegida ("PHI") mantenida por UF Health\***

\*Con finalidad del presente acuerdo, las siguientes entidades son referidas en conjunto como "UF Health": La Junta Directiva de la Universidad de Florida beneficiando a la Escuela de Medicina de la Universidad de Florida (University of Florida Board of Trustees for the benefit of the University of Florida College of Medicine), el Centro Médico de Shands Jacksonville (Shands Jacksonville Medical Center, Inc.), las Clínicas y Hospital de Enseñanza de Shands (Shands Teaching Hospital and Clinics, Inc.), y el Centro de Recuperación de Shands (Shands Recovery, LLC).

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de expediente médico
Domicilio	Ciudad	
N.º de teléfono	Estado	Código postal

**Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de mi PHI (Información Médica Protegida) ateniéndome a lo siguiente:**

Desde las siguientes entidades (médico, oficina, u otra entidad médica) mencionadas a continuación:	<b>A las siguientes entidades:</b>
<input type="checkbox"/> Especialidad, Médico u Hospital:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si es el mismo que el paciente
Clinica, persona, u organización	Clinica, persona, u organización
Dirección	Dirección
N.º de teléfono	N.º de teléfono
Atención	Atención

Por favor, marque la casilla de la entidad correspondiente y envíe el formulario terminado por correo postal o por fax a:	UF Health HIM Dept – ROI P.O. Box 100348 Gainesville, FL 32610-0348 TL: 352.594.0909 Fax: 352.265.1098	<input type="checkbox"/> Hospital de UF Health del Centro de Florida <input type="checkbox"/> Centro de Recuperación de UF Health <input type="checkbox"/> UF Health en Jacksonville <input type="checkbox"/> Hospital Vecindario de UF Health Shands en Ocala <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico de Shands UF Health	<input type="checkbox"/> Hospital de UF Health Shands <input type="checkbox"/> UF Health en St. Johns <input type="checkbox"/> Clínicas de UF Health • Clínica específica: _____
---	--	---	--

<b>De su PHI se puede compartir lo siguiente: (Marque las casillas correspondientes):</b>	<b>Adicionalmente, autorizo la divulgación de la siguiente información que pueda estar incluida en mi PHI:</b>
<input type="checkbox"/> Historial médico y exploración física	<input type="checkbox"/> Imágenes/placas de radiología e Informes radiológicos
<input type="checkbox"/> Expediente de la sala de urgencias	<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria
<input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos	<input type="checkbox"/> Notas de tratamientos
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Informes patológicos y de laboratorio
<b>Fechas específicas de los servicios</b>	Indique las fechas: _____

<b>Motivo de la solicitud:</b>	<input type="checkbox"/> Tratamiento/continuación de cuidados <input type="checkbox"/> Pago/facturación <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Modo de entrega de expedientes</b>	<input type="checkbox"/> MyUFHealth (A través del portal de la web de UF Health,) <input type="checkbox"/> CD (disco) <input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/> Correo electrónico

Esta autorización le permite a UF Health usar y divulgar (compartir) mi información médica protegida (PHI) conforme lo indique yo, incluyendo mi historial médico.

**Comprendo lo siguiente:**

- La información médica protegida puede incluir información acerca de la salud mental, abuso de alcohol y/o sustancias, VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual.
- Comprendo que los expedientes de uso de sustancias están protegidos bajo las leyes Federales que gobiernan los Expedientes de Trastornos de uso de Sustancias y Confidencialidad, 42 C.F.R. Sección 2, y HIPAA, 45 C.F.R. secciones 160 & 164, y no se podrán divulgar sin mi consentimiento por escrito, a no ser que las leyes dicten lo contrario.
- Esta autorización sirve para compartir la información médica protegida (PHI) elegida hasta la fecha de vencimiento.
- La presente autorización se mantiene válida durante 1 año o hasta ser cancelada por escrito (pidiendo a UF Health la cancelación).
- Tengo el derecho, en cualquier momento, de cancelar la presente autorización.
- Comprendo que debo cancelar la presente autorización por escrito al antedicho Departamento de Gestión de Información Médica y que dicha cancelación no afecta los trámites realizados mientras dicha autorización estuvo activa.
- Puedo negarme a firmar la presente autorización, sin que mis tratamientos, pagos, inscripciones, elegibilidad para recibir beneficios, y la calidad de la atención sean afectadas.
- Que la información médica protegida compartida en cumplimiento de la presente autorización puede dejar de estar protegida por la legislación estatal o la ley federal de privacidad de la salud y que existe la posibilidad de que la persona o entidad que la reciba la vuelva a divulgar.
- Soy consciente de que, según permite la ley, me puedan cobrar una cuota por la solicitud. Los costes pueden ser los siguientes: copias impresas, hasta \$1.00 por página (más el impuesto y gastos de manejo correspondientes); copias electrónicas, cuota asociada con la mano de obra, el material (es decir, costo de un disco de computadora) y envío postal. Pueden corresponder cuotas adicionales para solicitudes de resúmenes o explicaciones. Las cuotas no se cobran cuando la información médica protegida se comparte con un proveedor de atención médica para continuar el tratamiento.

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha

<b>La sección a continuación ha de ser rellenada únicamente si el solicitante no es el paciente:</b>		
Nombre del solicitante	Parentesco con el paciente	Parentesco con el paciente Autoridad legal
Dirección y teléfono del solicitante	Verificación de identidad (sólo para uso interno)	Verificación de autoridad (sólo para uso interno)

