

AUTORIDAD PARA USAR Y DISEMINAR, INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del Paciente:	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;"> Apellido Nombre Inicial </div>
Dirección de su Residencia:	
Numero de Teléfono:	
Fecha de Nacimiento:	
Especifique que información puede ser diseminada:	
<p>Yo específicamente autorizo el uso y/o la diseminación de la información indicada en el párrafo siguiente, si esa información es usada o diseminada de acuerdo a esta autorización. Indique y firme al lado de la información altamente confidencial que usted desea autorizar.</p>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ <input type="checkbox"/> Impedimento en Desarrollo _____ <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia _____ <input type="checkbox"/> Pruebas o Tratamientos por SIDA (sin cuenta del resultado) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea _____ <input type="checkbox"/> Abuso de un adulto deshabilitado _____ <input type="checkbox"/> Asalto sexual _____ <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia de menor de edad _____ <input type="checkbox"/> Prueba genética _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	
<p>Beneficiario: Nombre de personas o clases de personas a quién St. Mary's Medical Center puede diseminar mi información de salud:</p>	
<p>Dirección: Dirección del beneficiario o donde se puede mandar mi información de salud:</p>	
<p>TERMINOS: Esta autorización sera efectiva:</p> <input type="checkbox"/> Desde la fecha de ésta autorización hasta el día _____ de _____, 200____. <input type="checkbox"/> Hasta que las entidades cubiertas completen esta petición. <input type="checkbox"/> Hasta que los siguientes eventos ocurran. _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<p>PROPOSITO: Yo autorizo a St. Mary's Medical Center a usar y diseminar mi información de salud (incluyendo aquellas que son muy confidenciales, como las indicadas arriba) durante el término the esta autorización para los siguientes específicos propósito (s): Nota: "a petición de el paciente" es suficiente si el paciente es el que inicia esta autorización:</p>	

8700020SR4/03

Yo entiendo que una vez que St. Mary's Medical Center disemine mi información de salud a otra entidad, St. Mary's Medical Center no puede garantizar que esa entidad disemine mi información de salud a una tercera identidad o subsecuentes entidades. La tercera entidad puede no estar requerida a seguir esta autorización o cualquier ley federal o del estado aplicable al uso y/o diseminación de mi información de salud.

Yo entiendo que St. Mary's Medical Center puede, directa o indirectamente, recibir remuneración de una tercera identidad en conexión con el uso y divulgación de mi información de salud.

Yo entiendo que puedo rehusar firmar o revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que tal rehusó o revocación no afectara el comienzo, continuación o calidad de tratamiento en St. Mary's Medical Center; excepto, cuando mi tratamiento en St. Mary's Medical Center es por el solo propósito de crear información de salud para diseminar al beneficiario en esta autorización, en ese caso St. Mary's Medical Center puede rehusar mi tratamiento si esta Autorización no es firmada.

Yo entiendo que esta autorización sera válida por el tiempo indicado en esta autorización hasta que yo provea una notificación de revocación a St. Mary's Medical Center, Oficina de Privacidad a la dirección indicada abajo. La revocación sera efectiva tan pronto St. Mary's Medical Center reciba mi aviso escrito de revocación, excepto que la revocación no tendrá efecto en ninguna acción tomada por St. Mary Medical Center en dependencia de esta Autorización antes de que el aviso sea recibido.

Yo puedo comunicarme con St. Mary's Medical Center, Oficina de Privacidad por correo a la siguiente dirección 901 45th Street, West Palm Beach, FL 33407 o por telefono al (561)-882-6322 o por correo electronico a SMH-PrivacyOfficer@Tenethealth.com.

Yo he leído y comprendo los términos de ésta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y/o diseminación de mi información de salud. Dando a conocer con mi firma, que yo voluntariamente y sin coerción alguna autorizo a SMMC para usar y/o diseminar mi información de salud en la manera descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente es un menor de edad o esta inhabilitado a firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del Representante Personal

Descripción de Autoridad

Fecha

Para Uso Interno: La identidad del solicitante ha sido validada con documento del gobierno que muestra foto de identidad, como es pasaporte, permiso de manejar, o comparación de firma con documentos en los archivos de PHI.

Firma del empleado que ha validado la identidad.