

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN UNIVERSAL PARA DAR A CONOCER
INFORMACIÓN MÉDICA COMPLETA PARA TRATAMIENTO & CALIDAD DE CUIDADO**

***** POR FAVOR LEA EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD, LAS DOS PÁGINAS, ANTES DE FIRMARLA *****

Paciente (nombre e información de la persona que autoriza el acceso y la divulgación de su información médica y de salud):

Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ud. puede usar este formulario para permitir que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud obtengan acceso y utilicen su información médica. Su decisión de firmar este formulario no afectará su posibilidad de obtener atención médica, pago por atención médica, o inscripción en un plan de seguro de salud o elegibilidad para recibir beneficios.

Mi firma demuestra que yo doy mi autorización y mi permiso voluntariamente para el uso y la divulgación de esta información:

QUÉ INFORMACIÓN: TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD incluso información sobre condiciones delicadas (si aplicable)
[Diríjase a la página 2 para ver los detalles]

QUIÉN VA A DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN: TODAS las personas o instituciones médicas y de servicios de salud [Diríjase a la página 2 para ver los detalles]

QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: La persona u organización que está autorizada para recibir esta información es la siguiente (tiene que ser un proveedor de atención médica):

Nombre de la Persona/Organización: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Fax: (____) _____

EL PROPÓSITO DE RECIBIR ESTA INFORMACIÓN: Para proveerme con tratamiento médico y servicios relacionados, y productos de salud, y para evaluar y mejorar la seguridad de pacientes y la calidad de asistencia médica y los servicios de salud a todos pacientes.

PERÍODO DE VIGENCIA: Esta autorización/permiso permanecerá en efecto hasta mi fallecimiento o el día en el cual yo retire mi autorización.

PARA REVOCAR MI AUTORIZACIÓN: Yo puedo revocar mi permiso o autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito a la persona u organización susodicha en "Quién va a recibir esta información."

Además:

- Yo autorizo el uso de una copia (incluyendo copia electrónica) de este formulario como si fuera la original con el propósito de dar a conocer la información descrita anteriormente.
- Yo entiendo que hay circunstancias en las cuales esta información será revelada a otras personas [véase la pág. 2 para detalles].
- **Yo entiendo que aunque yo me niegue a firmar este formulario, esto no va a prohibir que mi información médica y de salud sea dada a conocer si esto está permitido por la ley.**
- **Yo he leído las dos páginas de este formulario y estoy de acuerdo en que la persona u organización nombrada aquí divulguen mi información médica y de salud descrita en este formulario.**

X _____
Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente

Fecha de firmar (mes/día/año)

Escriba con letra de molde el Nombre del Representante Legal (si aplicable)

Escoja la mejor opción la cual describe la relación entre el Paciente y el Representante (si aplicable):
 Padre/Madre del Menor de edad Guardián
 Otro representante personal
(explique: _____)

NÓTESE: Este formulario se hace inválido si es modificado. Usted tiene el derecho de recibir una copia del formulario luego de firmarlo.

Explicación del formulario Florida AHCA FC4200-004

“Formulario de Autorización Universal para Dar a Conocer Información Médica Completa para Tratamiento y Calidad de Cuidado”

Las leyes y los reglamentos requieren que haya un formulario de autorización o un permiso firmado por el paciente antes que ciertas fuentes de información personal sean divulgadas. Además, hay leyes que requieren una autorización específica para dar a conocer información sobre ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

“Qué Información”: incluye TODA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD, INCLUSO:

1. **Todos los registros e información relacionada a su historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas, y atención ambulatoria. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas (si aplica), que incluye pero no es limitado a las siguientes:**
 - a. Drogas, alcohol, o abuso de sustancia
 - b. Deterioro mental, psiquiátrico, o psicológico, y otro tipo de discapacidad (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA al 45 CFR Parte 164.501)
 - c. Anemia de células falciformes
 - d. Control de natalidad y planificación familiar
 - e. Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles o de enfermedades no transmisibles; pruebas y archivos de VIH/SIDA o de enfermedades de transmisión sexual o de tuberculosis
 - f. Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
2. **Copias de pruebas o de evaluaciones educacionales, incluso Programas Educativos Individualizados, análisis, evaluaciones psicológicas del habla, inmunizaciones, registros de la salud (como el peso, la altura) e información sobre lesiones o tratamientos.**
3. **Información creada antes o después del día en el cual este formulario fue firmado.**

“Quién Va a Dar a Conocer la Información” incluye: **Todas las fuentes de información** que incluye pero no es limitado a las fuentes medicas y de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo de salud mental, correccional, tratamiento para adicciones, los centros de salud que pertenecen a los Asuntos de los Veteranos, registros del estado y otros programas del estado, todas las fuentes educacionales que tengan parte de mi información médica o de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación a los trabajadores, Medicaid, Medicare, y cualquier otro programa del gobierno.

“Quién Va a Recibir esta Información”: Para los proveedores de atención médica incluidos en esta sección, su permiso también va a incluir médicos, otros proveedores de servicios de salud (como enfermeras), y personal médico de la instalación de tal organización involucrados en su tratamiento y los proveedores de servicios de salud de turno o que están de guardia en lugar de la persona u organización nombradas, y otro personal o agente (como socios de negocios u organizaciones de servicios cualificados) quienes llevan a cabo las actividades y los objetivos permitidos por esta autorización por la organización o persona quien usted ha nombrado. La divulgación de esta información médica puede ser en forma escrita u oral o electrónica.

“Propósito”: Su firma en este formulario no permite que las compañías de seguro tengan acceso a su información con el propósito de negársele el seguro de salud o de pagar sus cuentas. Usted puede hacer tal decisión usando un formulario proporcionado por los aseguradores de salud.

“Revocación de su Permiso”: Usted tiene el derecho de retirar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con respecto al uso futuro de su información. Esta autorización se revoca automáticamente cuando usted fallezca. Usted debe entender que las organizaciones a las que usted les dio su permiso para tener acceso a su información médico pueden hacer copias o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información que se les proporcionó ni están obligadas a suprimirla de sus propios archivos.

“Nueva Divulgación de Información”: Cualquier información sobre su salud que fue dada a conocer puede ser dada a conocer nuevamente a otras personas e instituciones sólo en la medida permitido por la ley y reglamentos federales y estatales. Usted debe entender que una vez que su información sea divulgada, podrá ser objeto de una nueva divulgación de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen, y en algunos casos, puede que la información ya no sea protegida por la ley federal de privacidad

Las Limitaciones de este Formulario: Si usted desea que su información médica sea dada a conocer con otro propósito que el recibir tratamiento médico o si desea que solamente una parte de su información médica sea dada a conocer, en tal caso usted necesita usar el Formulario Florida AHCA FC4200-007 (Formulario de Autorización Universal Para Dar a Conocer Información Medica Limitada) en vez del presente formulario. Además, el presente no puede ser utilizado para dar a conocer las notas tomadas por un psicoterapeuta. Este formulario no obliga a su proveedor de asistencia médica u otra persona/organización mencionada en las secciones “Quién Va a Dar a Conocer la Información” o “Quién Va a Recibir esta Información” a buscar información que usted ha especificado en la sección “Qué Información” de otras fuentes. Además, este formulario no cambia la obligación del quién debe de pagar los gastos incurridos por copiar los archivos.