

ACCOUNT NO(s): _____



- ☐ Delray Medical Center ☐ Florida Coast Medical Center ☐ Good Samaritan Medical Center ☐ St. Mary's Medical Center
☐ Palm Beach Gardens Medical Center ☐ West Boca Medical Center

Nombre del paciente	Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Domicilio	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono	N.º de seguro social:		
Fecha de nacimiento:	Fecha solicitada para ir al hospital:		

Correo Electrónico:

Especifique la información a divulgar:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Resumen del expediente clínico | ☐ Informes de radiología o mamografías | ☐ Laboratorio. | ☐ EEG |
| ☐ Resumen del alta | ☐ Registros de anestesia | ☐ Emergencias | ☐ Afecciones respiratorias |
| ☐ Antecedentes y examen físico | ☐ Patología | ☐ Órdenes | ☐ Medicamentos |
| ☐ Consultas | ☐ EKG /Ergometría/Electrocardiografía ambulatoria | ☐ Notas sobre progresos | ☐ Evaluación biopsicosocial |
| ☐ Informes operativos | ☐ Ecocardiograma | ☐ Rehabilitación (fisioterapia, terapia cupacional, terapia del habla) | ☐ Otro |

Materiales Originales Lanzados:

Bloques de Patología: _____
Diapositivas de Patología: _____

RECEPTOR: Nombre de la/s persona/s a quien/es PALM BEACH HEALTH NETWORK puede revelar mi información médica.

- ☐ Enviar por correo a: _____
☐ No enviar por correo; Los informes serán retirados: _____

PLAZO: Esta Autorización tendrá validez:

- ☐ Desde la fecha de esta Autorización hasta _____ (Fecha)
☐ Hasta que PBHN complete esta solicitud
☐ Hasta que ocurra lo siguiente: _____
☐ Hasta que se retire por escrito

OBJETIVO: Autorizo a PALM BEACH HEALTH NETWORK a usar o divulgar mi información médica (**esto incluye la información médica confidencial al dorso de este formulario**) durante el plazo de esta Autorización con los siguientes objetivos:

- ☐ Continuidad de la atención ☐ Uso personal
☐ Transferencia del paciente ☐ Otro

Entiendo que una vez que PALM BEACH HEALTH NETWORK divulgue mi información médica al receptor, PALM BEACH HEALTH NETWORK no puede garantizar que el receptor no divulgue mi información médica a un tercero. El tercero puede no estar obligado a cumplir con esta Autorización o con la ley federal o estatal relacionada con el uso y divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) la presente Autorización por cualquier motivo y que dicha negación o revocación no afectará el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en PALM BEACH HEALTH NETWORK. Sin embargo, PALM BEACH HEALTH NETWORK puede negarse a brindarme tratamiento si no firmo esta Autorización en el caso de que mi tratamiento en PALM BEACH HEALTH NETWORK tenga como único objetivo generar información médica para divulgar al receptor identificado en esta Autorización.

EID-2028-SP 11172020

Cat #29

**Authorization to Use and Disclose
Protected Health Information**

Page 1 of 2

No Tab Needed



ACCT# «PatientNumber»

DOB: «BirthDate»

«AdmitDate»

«Age» «Gender»

Room: «Room»-«Bed»

«PatientName»

«AttendingDoctorName» MR# «MedicalRecordNumber»

Entiendo que la presente Autorización tendrá validez hasta que termine el plazo de la misma o hasta que yo envíe una revocación escrita a la Privacy Office (Oficina de Privacidad) de PALM BEACH HEALTH NETWORK, cuyo domicilio figura más abajo. La revocación se hará efectiva inmediatamente en el momento en el que PALM BEACH HEALTH NETWORK reciba mi aviso por escrito, con la excepción de que la revocación no tendrá vigencia alguna en ninguna acción que tome PALM BEACH HEALTH NETWORK en relación con esta Autorización antes de que reciban mi revocación escrita.

Al marcar el casillero de una de las siguientes categorías de información confidencial y al firmar sobre la línea que figura a continuación del casillero correspondiente, autorizo a usar y divulgar el tipo de información confidencial que se indica junto a mi firma, en caso de que dicha información se use o divulgue conforme a la presente Autorización:

☐	Enfermedades mentales	_____
☐	Discapacidad del desarrollo	_____
☐	Notas de psicoterapia	_____
☐	Pruebas o tratamientos de HIV/SIDA (independientemente del resultado)	_____
☐	Enfermedades venéreas	_____
☐	Abuso de un adulto con discapacidad	_____
☐	Abuso sexual	_____
☐	Abuso o negligencia de menores	_____
☐	Pruebas genéticas	_____
☐	Tratamiento por drogas o alcohol	_____
☐	Otro	_____

He leído y comprendido las condiciones de la presente Autorización y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información médica. Al firmar a continuación, autorizo por medio de la presente, de forma deliberada y voluntaria, a PALM BEACH HEALTH NETWORK a usar o divulgar mi información médica como se describe anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente es menor de edad o se encuentra incapacitado para firmar la Autorización, reciba las siguientes firmas:

Firma del representante personal

Descripción de la autoridad

Fecha

Solo para uso interno: La identidad del solicitante ha sido validada con un documento de identidad con foto emitido por el gobierno, como una licencia de conducir o un pasaporte, o bien con la comparación de firmas que figuran en los registros médicos.

Firma del empleado que valida la identidad

EID-2028-SP 11172020

Cat #29

**Authorization to Use and Disclose
Protected Health Information**

Page 2 of 2

No Tab Needed



ACCT# «PatientNumber»

DOB: «BirthDate»

«AdmitDate»

«Age» «Gender»

Room: «Room»-«Bed»

«PatientName»

«AttendingDoctorName» MR# «MedicalRecordNumber»