

Al firmar este formulario, yo autorizo a _____ a divulgar información específica protegida sobre la salud de la(s) persona(s) enumeradas a continuación.

1. Por la presente, autorizo la divulgación de la información protegida sobre la salud de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. Persona(s) autorizada(s) a recibir esta información:

Nombre(s): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

3. La información que se autoriza divulgar es: (especifique la información exacta que se autoriza divulgar):

Registro(s) médico(s) completo(s) de las siguientes fechas de servicios, los cuales pueden contener todos los documentos enumerados más abajo y otras notas/documentos relacionados con mi tratamiento, el pago de honorarios médicos y operaciones de salud:

Registros específicos: _____

4. Entiendo que la información divulgada podría contener, a menos que yo la limite expresamente y por escrito, datos relativos a: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tratamiento por adicción a drogas o alcohol, y/o tratamiento psicológico o psiquiátrico.

5. La(s) persona(s) que está(n) autorizada(s) a recibir esta información es(son):

6. Afirmo entender las siguientes declaraciones:

_____ Iniciales: Entiendo que, de forma general y en cualquier momento, puedo revocar esta autorización notificando por escrito a: METCARE of Florida, Inc., Attn: Privacy Officer, 777 Yamato Road, Suite 510, Boca Raton, Florida 33431, mi intención de revocar dicha autorización, con la excepción de que, si de hecho notifico por escrito a METCARE mi intención de revocar la mencionada autorización, eso no tendrá efecto en las acciones que haya podido realizar METCARE antes de recibir la notificación de la revocación.

_____ Iniciales: A menos que se revoque, esta autorización será válida hasta: _____

_____ Iniciales: Entiendo que Metcare me entregará una copia de este formulario de autorización después de haberlo firmado.

_____ Fecha: ____/____/____
Firma del miembro o del representante legalmente autorizado de ese miembro. (Si el firmante no es el miembro, debe presentar la correspondiente documentación legal que lo autoriza a actuar en nombre de ese miembro.)

_____ Fecha: ____/____/____
Nombre del representante del miembro (en letra de molde)

_____ Relación con el miembro que otorga al representante la autorización para actuar en su nombre