Fecha de finalización:

Autorización para revelaciones a terceros

(Anexo 46)

UHealth UNIVERSITY OF MIAMI HEALTH SYSTEM | UNIVERSITY OF MIAMI MILLER SCHOOL of MEDICINE

Autorizo el uso o la revelación de mi información médica como se describe abajo:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ N.° de expediente médico: _____

Propósito: ☐ Atención continua ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Escuela ☐ Discapacidad ☐ Personal ☐ Otro

*Persona/entidad autorizada para **revelar** registros*:

☐ University of Miami UHealth System

Departamento: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito: ☐ Atención continua ☐ Seguro ☐ Legal ☐ Escuela ☐ Discapacidad ☐ Personal ☐ Otro

☐ ***Revelación a terceros**- Persona/entidad autorizada a **recibir** registros*

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad/estado/código postal _____ Correo electrónico: _____

Atención: _____ Relación: _____

Descripción de la información que se usará o revelará. Escriba aquí las fechas o los nombres de los médicos:

☐ ***Administración de cuenta familiar -** Autorizo a las siguientes personas a recibir información sobre mi tratamiento*

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Ciudad/estado/código postal _____ Correo electrónico: _____

Atención: _____ Relación: _____

Marque cualquier casilla de abajo si no quiere que esa información sensible se comparta con la persona/entidad que recibirá sus registros.

☐ ESTADO DE VIH/SIDA - Información relacionada con el VIH, incluyendo cualquier información que indique que me hicieron una prueba relacionada con el VIH, o que tengo infección por VIH, enfermedad relacionada con el VIH o sida, o cualquier información que indique que estuve potencialmente expuesto al VIH.

☐ Enfermedades de transmisión sexual ☐ Información sobre agresiones sexuales

☐ Registros de tratamientos de salud mental, regulados según la ley estatal (incluyendo los registros de salud mental relacionados con el tratamiento de salud mental voluntario o involuntario). Los registros de salud mental pueden incluir información sobre el abuso de sustancias.

☐ Registros de tratamientos por abuso de sustancias (drogas y alcohol). La información sobre el abuso de sustancias puede ser parte de los registros de salud mental.

☐ Información o pruebas genéticas

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no se completa, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma.

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita arriba podrá revelarse nuevamente y ya no estará protegida por estas reglamentaciones. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento o pago, inscripción o mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Departamento de Administración de Información Médica (Department of Health Information Management), excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basándose en esta autorización.

Entiendo que mi revocación de esta autorización puede tomar algunos días en entrar en vigencia y no responsabilizaré a UHealth por ninguna revelación que haga antes del procesamiento completo de dicha revocación.

_____ _____ _____ a. m./p. m.

Firma del paciente o representante | Fecha | Hora

_____ _____

Nombre del representante personal (si corresponde) | Relación con el paciente

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

P: 305.243.5272 uchartecopy@med.miami.edu **F:305.243.5274**

AUTHORIZATION FOR 3RD PARTY DISCLOSURES - SPANISH

Form D3900052S
Revised 11/19/24

Patient Identification Sticker