

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

|                                   |           |           |              |
|-----------------------------------|-----------|-----------|--------------|
| Nombre:                           | Inicial:  | Apellido: |              |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): | Teléfono: | Email:    |              |
| Dirección:                        | Ciudad:   | Estado:   | Código Area: |

**PROPÓSITO O MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:**

☐ **Solicitud del Paciente** (Uso Personal) ☐ **Atención Médica Adicional** ☐ **Otro:** \_\_\_\_\_

**¿DE DÓNDE ESTÁ SOLICITANDO LOS EXPEDIENTES MÉDICOS?**

|   |           |      |
|---|-----------|------|
| Nombre:   | Teléfono: | Fax: |
| Dirección Postal:   |           |      |
| Múltiples Ubicaciones (Indique cualquier otro lugar de donde necesite expedientes; incluya solo los nombres): |           |      |

**¿A QUIÉN DESEA QUE SE ENVÍEN LOS EXPEDIENTES MÉDICOS?**

|                   |           |                                |
|-------------------|-----------|--------------------------------|
| Nombre:           | Teléfono: | Fax:                           |
| Dirección Postal: |           | Correo Electrónico del Centro: |

**¿QUÉ EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ SOLICITANDO?**

**Registros del Período de Tiempo / Fechas de Servicio:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Formato: MM/DD/YYYY**

☐ Resumen (Visita Médica, Diagnósticos, y Procedimientos) ☐ Notas del Procedimiento

☐ Notas de Visita Médica ☐ Registro Completo

☐ Resultados de Laboratorio ☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ Informes de Radiología/Imágenes (CT, MRI, Rayos X, etc.)

**Al firmar este formulario, reconozco y autorizo la divulgación de mi información de salud, la cual puede incluir información sencible. Información, como registros relacionados con el consumo de alcohol o drogas, tratamiento de salud mental o psiquiátrico, resultados de pruebas de VIH o información relacionada a SIDA.**

**¿CÓMO DESEA QUE SE ENTREGUEN LOS EXPEDIENTES MÉDICOS?**

☐ **MyChart** (Portal del Paciente) ☐ **Correo Electrónico Protegido** (Encriptado con Límite de Tamaño) ☐ **Fax** (Solo Para Uso Médico)

**FIRMA DEL SOLICITANTE Y DETALLES DE LA AUTORIZACIÓN:**

|   |  |
|---|--|
| Nombre en letra de molde (Nombre y Apellido):   | Firma:   |
| Fecha/Hora:   | Fecha de Vencimiento, Evento o Condición (opcional): |
| Relación si no es el Paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Apoderado(a) de Salud, Representante, Apoderado(a) Delegado(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____ |  |

**DÓNDE ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO:**

**Correo:** 14100 58<sup>th</sup> Street North, Clearwater, FL 33760 **Email:** EvaraRecords@EvaraHealth.org **Archivo Médico Fax:** 727-824-8165

**TUS DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a Inspeccionar o Copiar la Información de Salud que se Usará o Divulgará:** Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado a ser usada o divulgada mediante este formulario de autorización. Puedo coordinar la inspección de mi información de salud o solicitar copias de la misma contactando a Evara Health.

**Derecho a Recibir una Copia de Esta Autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario.

**Derecho a Negarse a Firmar Esta Autorización:** Entiendo que no estoy obligado(a) a firmar este formulario y que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas anteriormente, a quienes estoy autorizando a usar y/o divulgar mi información, no pueden condicionar el tratamiento o el pago a mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a Revocar Esta Autorización:** Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Para obtener información sobre cómo revocar mi autorización o para recibir una copia de mi revocación, puedo contactar a Evara Health. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva respecto a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la(s) persona(s) y/o organización(es) mencionadas anteriormente ya hayan realizado en relación con esta autorización.

Yo, el firmante, he leído lo anterior y autorizo al personal de la instalación que divulga la información mencionada a revelar dicha información según lo contenido en este documento. Entiendo que esta autorización puede ser retirada por mí mediante solicitud por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado en base a la misma. Comprendo que la nueva divulgación de esta información a un tercero distinto del designado anteriormente está prohibida sin una autorización adicional de mi parte. Entiendo que la información divulgada puede ser objeto de nueva divulgación por el destinatario y puede dejar de estar protegida por la Ley Federal de Privacidad. La instalación no condicionará el tratamiento, pago o inscripción a la provisión de esta autorización, incluyendo las consecuencias de negarse a firmarla. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Comprendo que las leyes federales y estatales permiten que se cobre una tarifa por la copia de los registros del paciente, y queda a discreción de la instalación mencionada anteriormente cobrar dicha(s) tarifa(s). *Esta autorización será válida por un (1) año, a menos que se indique lo contrario o se revoque mediante notificación por escrito a Evara Health.*

**AVISO AL DESTINATARIO:**

El destinatario de la información adjunta no está autorizado a usar la información de los registros médicos de este paciente para ningún otro propósito que no sea el indicado anteriormente, ni a divulgar dicha información a ninguna otra persona o instalación sin una autorización escrita específica del paciente para hacerlo.

**DÓNDE ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO:**

**Correo:** 14100 58<sup>th</sup> Street North, Clearwater, FL 33760

**Email:** EvaraRecords@EvaraHealth.org

**Archivo Médico Fax:** 727-824-8165