

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> Fecha del servicio solicitado: ____/____/____ a ____/____/____ a	NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL N.º DEL SS: _____ TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____		
<b>QUIÉN REVELA</b> (¿quién tiene la información que usted quiere revelar?)	<input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Hospital <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Behavioral Health Center <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Rehabilitation Center <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Cancer Center <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Clinic/Médicos asociados ( <i>indique el lugar</i> ) _____ <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Wound Care <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Urgent Care <input type="checkbox"/> Tallahassee Memorial Home Health Care <input type="checkbox"/> Otro		
<b>QUIÉN RECIBE</b> (¿a dónde quiere que se envíe la información? ¿Quién podría tener la información?)	NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ N.º DE FAX: _____ (SOLO ATENCIÓN URGENTE DEL PACIENTE)		
<b>HOSPITAL (marque todas las que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Resumen del hospital <input type="checkbox"/> Registro de atención de urgencia <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de interconsultas <input type="checkbox"/> Informes de cirugía <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología/radiografías <input type="checkbox"/> Informes patológicos <input type="checkbox"/> Expediente completo (salvo las notas de psicoterapia)	<b>CONSULTORIO/CLÍNICA (marque todas las que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Inmunizaciones <input type="checkbox"/> Examen físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Informes de radiología <input type="checkbox"/> Resumen de la clínica <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Expediente completo (salvo las notas de psicoterapia)	<b>SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS (marque todas las que correspondan):</b> <input type="checkbox"/> Resumen del hospital <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Observaciones de evolución <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Expediente completo (salvo las notas de psicoterapia)	
<b>FORMATO:</b> <input type="checkbox"/> USB/CD <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>MÉTODO DE ENTREGA:</b> <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Retiro en persona <input type="checkbox"/> Fax (si está permitido) <input type="checkbox"/> Correo electrónico ( <i>indicarlo abajo con letra de imprenta clara</i> )  <b>Correo electrónico:</b>		
<p><b>DERECHOS DEL PACIENTE. Comprendo que:</b> <b>1)</b> puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelarlo por escrito enviándolo a la dirección del director de Privacidad que figura arriba; <b>2)</b> la cancelación se aplicará solo a la información que el centro o el consultorio aún no haya revelado; <b>3)</b> una vez que mi información médica se haya revelado, es posible que quien reciba la información revelada según esta autorización pueda volver a revelarla y ya no esté protegida por las normas pertinentes; <b>4)</b> negarme a firmar este formulario no impedirá que reciba tratamiento; <b>5)</b> TMH no compartirá ni usará mi información médica sin mi permiso, salvo como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) de TMH o según lo exija la ley. El Aviso de prácticas de privacidad se puede consultar en tmh.org; <b>6)</b> podría cobrarse una tarifa por dar la información médica protegida; <b>7)</b> tengo derecho a recibir una copia de este formulario si lo pidiera.</p> <p><b>NO QUIERO REVELAR (marque todas las que correspondan):</b>  <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) <input type="checkbox"/> DROGAS/ALCOHOL <input type="checkbox"/> SALUD MENTAL</p>			
<p><b>Este permiso vence un año después de la fecha en la que lo firmo, a menos que aquí se indique otra fecha o suceso:</b></p> <p>Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del testigo: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____</p> <p><b>Nota:</b> Si un menor de edad dio su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio por embarazo, una ETS o salud conductual/mental sin el consentimiento de alguno de los padres, el menor debe firmar esta autorización.</p> <p><b>Nota:</b> Si el paciente no tiene capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado debe firmar este formulario. Marque el casillero de abajo para indicar la relación/autoridad (podría pedirse prueba por escrito):</p> <input type="checkbox"/> Representante/apoderado para asuntos médicos <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Albacea/Tutor judicial/Apoderado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo adulto <input type="checkbox"/> Declaración jurada de familiar más cercano <input type="checkbox"/> Otro _____			