



Tampa HCA Shared Service Center – HSC Revelación de Información
 6451 126th Avenue North, Largo FL 33773
 Tel. (727) 773-3268

Solo para Solicitudes de Continuidad/Estad. del Cuidado de la Salud, Envíe un fax al 1-855-446-6008

Sección A: Esta sección debe ser completada para todas las Autorizaciones					
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		Teléfono del Paciente:	
				Últimos Cuatro Dígitos del SS (opcional):	
Nombre del Destinatario/Proveedor:					
Dirección 1:		Dirección 2:		Teléfono del Destinatario:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Solicitud de Entrega (Si se deja en blanco, entregaremos una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medio Electrónico, si está disponible (por ej. dispositivo USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Cifrado <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Sin Cifrar NOTA: En caso de que el centro no sea capaz de entregar lo solicitado en forma electrónica, se ofrecerá un método alternativo de entrega (por ej. copia en papel). Hay cierto nivel de riesgo que una tercera parte pueda ver su Información Protegida de Salud (IPS) sin su consentimiento en su correo electrónico u otro medio electrónico sin cifrar. No somos responsables por el acceso sin autorización a su IPS contenido en ese formato ni por otro riesgo (por ej. virus) potencialmente introducido en su computador/dispositivo cuando reciba el IPS en un formato electrónico o correo electrónico.					
Correo Electrónico (Si lo ha marcado arriba. Por favor escriba claro):					
Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha: (Complete la Fecha o el Evento, pero no ambos). Si no ingresa una fecha, la autorización será válida por 30 días a partir de la fecha de la firma. Fecha: Evento:					
Propósito de la Revelación:					
Descripción de la Información a usar o revelar					
¿Esta solicitud es para la historia de la psicoterapia? <input type="checkbox"/> Si, por lo tanto éste es el único punto que debe solicitar con esta solicitud. Para otros puntos descritos abajo, suministre otra autorización. <input type="checkbox"/> No, por lo tanto usted debe marcar los puntos de debajo de acuerdo con su necesidad.					
Hospital de donde se revelan los registros: <input type="checkbox"/> Blake Medical Center <input type="checkbox"/> Englewood Community Hospital <input type="checkbox"/> Reg Med Center of Bayonet Point <input type="checkbox"/> Brandon Regional Hospital <input type="checkbox"/> Fawcett Memorial Hospital <input type="checkbox"/> South Bay Hospital <input type="checkbox"/> Medical Center of Trinity <input type="checkbox"/> Largo Medical Center <input type="checkbox"/> St. Petersburg General Hospital <input type="checkbox"/> Doctors Hospital of Sarasota <input type="checkbox"/> Northside Hospital <input type="checkbox"/> Edward White Hospital <input type="checkbox"/> Oak Hill Hospital					
Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):	Descripción:	Fecha(s):
<input type="checkbox"/> Registros Médicos Completos <input type="checkbox"/> Resumen (Más común) <input type="checkbox"/> Órdenes Médicas <input type="checkbox"/> Historia Médica de Progreso <input type="checkbox"/> Dictado de Reportes Médicos		<input type="checkbox"/> Prueba Clínica <input type="checkbox"/> Hojas de Medicamentos <input type="checkbox"/> Información ED <input type="checkbox"/> Formato de Admisión <input type="checkbox"/> Documentación Quirúrgica		Información Super-Confidencial <input type="checkbox"/> Documentación Prueba de VIH <input type="checkbox"/> Documentación VIH & SIDA <input type="checkbox"/> Documentación Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Doc. Abuso de Alcohol & Drogas	
Yo entiendo que: 1. Puedo rehusarme a firmar esta autorización y que ésta es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad de beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar por escrito esta autorización en cualquier momento y si lo hago, esto no afectará ninguna de las acciones tomadas antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar más detalles en la Notificación sobre Prácticas de Privacidad. 4. Si el solicitante o el receptor no es un proveedor del cuidado de la salud o del plan de salud, la información revelada ya no estará protegida por las regulaciones federales sobre la privacidad y puede ser revelada de nuevo. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formato a un costo razonable, si lo solicito. 6. Obtengo una copia de este formato después de firmarlo.					
Sección B: ¿La solicitud de IPS tiene fines de mercadeo y/o involucra su venta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, el proveedor del cuidado de la salud o del plan de salud debe completar la Sección B, de otra manera vaya a la Sección C.					
¿El receptor de la información tendrá una remuneración monetaria por el uso o revelación de esta información? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es afirmativo, conteste lo siguiente:					
¿El receptor de la IPS intercambiará la información por una remuneración monetaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Sección C: Firmas					
He leído lo de arriba y autorizo la revelación de la información protegida de salud como está estipulado.					
Firma del Paciente/Representante del Paciente:				Fecha:	
Nombre en Imprenta del Representante del Paciente:				Parentesco con el Paciente:	

