



Autorización para Usar y Revelar Información de Salud Protegida

Nombre del cliente: _____ Fecha del Tratamiento que se revele: _____ ☐ Todas Las Fechas

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS: _____ Teléfono: _____

Entiendo y por la presente doy consentimiento para revelar información de mi expediente clínico, incluyendo información concerniente al tratamiento psiquiátrico y información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias. Entiendo que la información revelada puede contener datos adicionales relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida o AIDS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH o HIV) o enfermedades de transmisión sexual. Entiendo que mi expediente está protegido bajo regulaciones Federales y Estatales que gobiernan la confidencialidad y privacidad de la información sobre mi salud bajo: CFR45, CFR42 Parte 2, FS394, 397, 381 y 90.503 y por lo tanto no se puede revelar información sin mi autorización escrita a menos que sea permitido por dichas regulaciones.

Favor seleccionar la información que Usted quiere que se revele:

- | | |
|---|---|
| ☐ Alta y Sumario de Cuidado Continuo | ☐ Prueba De papanicolau |
| ☐ Resultados de Laboratorios y Rayos-X | ☐ Mamografía |
| ☐ Colonoscopia | ☐ Evaluación psiquiátrica/Historial y evaluación física/medicamentos |
| ☐ Notas De Progreso Del Medico | ☐ Asesoramiento Psicosocial |
| ☐ Carta con fechas de Tratamiento | ☐ Otros (por favor, especifique) _____ |

AUTORIZO A IBIS PARA OBTENER O DIVULGAR O INTERCAMBIAR CON LA PERSONA O ORGANIZACIÓN IDENTIFICADA ABAJO:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono/Móvil: _____ Numero de Fax: () _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tipo de revelación: ☐ Escrita ☐ Verbal ☐ Fax ☐ Electrónica Dirección de correo electrónico: _____

La información que pido se revele será utilizada para el siguiente propósito:

- ☐ Continuidad del Salud ☐ Educacion ☐ Seguro/Incapacidad ☐ Proposito Legal ☐ Expediente Personal

Este consentimiento expira en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si fallo en especificar una fecha de expiración, evento ó condición, Esta autorización expira automaticamente en un año.

Entiendo que el tipo de divulgacion autorizacion puede ser liberada mas alta de al fecha que firmo hasta la fecha de vencimiento de la autorizacion.

Entiendo que:

- Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito al Oficial de Privacidad de la agencia a la siguiente dirección: 5707 N. 22nd Street, Tampa, Florida 33610 (información previamente revelada no está sujeta a revocación).
- Si la persona que requiere la información, o el recipiente, no es parte de un plan de salud ó es un proveedor, la información revelada puede no estar protegida por las Regulaciones Federales de Privacidad y puede ser revelada de nuevo.
- Tengo derecho a recibir copia de esta autorización.
- Puedo rehusar firmar esta autorización, mi rehusó no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, pagos o beneficios.
- Por la presente libero a Ibis Healthcare de cualquier responsabilidad que pueda resultar de información revelada bajo esta autorización, si dicha información resultara en detrimento para mí.

Firma del cliente/Guardián/Representante (marque una): _____ Fecha: _____

Firma del Representante Legal del cliente (si aplica): _____ Fecha: _____

Relación con el cliente; si es firmado por un Representante Legal: _____

Documentación estableciendo la relación ha sido provista (especifique la clase de documentación): _____

Firma del Testigo: _____

LA PARTE 2 DEL TITULO 42 DEL CFR PROHIBE EL USO O LA DIVULGACION NO AUTORIZADOS DE ESTOS REGISTROS.

5707 N. 22nd Street, Tampa, Florida 33610: PHONE: (813) 239-8279; Release of Information FAX: (813) 239-8397

Email address: rr@ibishc.org

PATIENT NAME: _____

MEDICAL RECORD #: _____

Revised Augustl 2025