



Autorización para Usar y Revelar Información de Salud Protegida

Fecha del Tratamiento

que se revele:

Todas Las Fechas

Nombre del cliente:

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:

<input type="checkbox"/> Alta y Sumario de Cuidado Continuo	<input type="checkbox"/> Prueba De papanicolau
<input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio/radiografía/imagenes	<input type="checkbox"/> Mamografía
<input type="checkbox"/> Resultados de analisis de orina/detector de alcohol en aliento	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica/Historial y examen fiscico/manejo de medicamentos
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento/progreso del tratamiento
<input type="checkbox"/> Notas De Progreso Del Medico	<input type="checkbox"/> Asesoramiento Psicosocial
<input type="checkbox"/> Carta con fechas de Tratamiento	<input type="checkbox"/> Otros (por favor,especifique) _____

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

Nombre: _____ Relacion: _____

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

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

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

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

<input type="checkbox"/> Continuidad del Salud	<input type="checkbox"/> Educacion	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Proposito Legal	<input type="checkbox"/> Alojamiento
<input type="checkbox"/> Seguro/Incapacidad	<input type="checkbox"/> 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 automáticamente 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 33310 (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 rehuso 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: _____ Fecha: _____

Servicio en Seminole Heights: 5707 N. 22nd St., Tampa, FL 33610 | PHONE: (813) 239-8279 | FAX: (813) 239-8397 | E-mail address: rr@ibishc.org
Servicio en Ybor: 4422 E. Columbus Dr., Tampa, FL 33605 | FAX: (813) 384-4179 | E-mail address: recordsrequest@ibishc.org

PATIENT NAME: _____

MEDICAL RECORD #: _____

Revised Jan 2026