Autorización para emplear y comunicar los datos médicos protegidos

Por medio del presente documento autorizo a Moffitt Cancer Center para que **comunique** mi historia clínica o mis datos médicos protegidos a las organizaciones o los profesionales de la salud que se indican a continuación:

Nombre u organización:	Fax:	Teléfono:
Dirección de correo electrónico:	Dirección postal:	

Información que se comunicará: *(marque las casillas que correspondan)*
Fecha(s) en que se prestaron los servicios:_____ ***o bien,*** desde el: _____ hasta el: _____

[ ] Sinopsis (resumen de alta, antecedentes, exploración física, informes de interconsultas, informes quirúrgicos, resultados de laboratorio, informes de radiología, informes de anatomía patológica, electrocardiogramas)

[ ] Informes de facturación
[ ] Antecedentes y exploración física
[ ] Informes provenientes de otras instituciones
[ ] Órdenes médicas
[ ] Informes de interconsultas
[ ] Resultados de laboratorio
[ ] Informes de anatomía patológica
[ ] Comentarios de evolución
[ ] Resumen de alta
[ ] Láminas de anatomía patológica
[ ] Informes quirúrgicos
[ ] Informes de radiología
[ ] Informes de estudios genéticos _____ Iniciales
[ ] Radiología y pruebas de diagnóstico por la imagen (tomografías computarizada, tomografías por emisión de positrones, mamografías, ecografías, resonancias magnéticas, radiografías)

[ ] Otros informes específicos (explique): _____

[ ] Excluir la información específica que se indica a continuación (si este espacio se deja en blanco, no se excluirá nada):
_____

[ ] Mi historia clínica completa que se encuentra en poder de Moffitt (que podría abarcar, entre otros datos, la información sobre mi situación respecto al sida y al VIH, así como al abuso de sustancias), a excepción de los datos específicos que se indican en este documento. (**Se excluyen** los informes de salud mental y los comentarios de psicoterapia, para cuya comunicación es necesario llenar una autorización distinta).

Objetivo de la comunicación de los datos: La comunicación de los datos que se indican en este documento se realiza con los siguientes fines *(marque las casillas que correspondan)*:

[ ] Para el traslado de la atención médica a otra institución [ ] Para fines de carácter legal o para un abogado [ ] Para fines personales
[ ] Para el seguro médico [ ] Para facilitar la continuidad de la atención médica

Esta autorización vence el: _____. Si no se indica la fecha, vencerá en 90 días. La documentación que se entregue a los pacientes puede permanecer activa hasta por un año a partir de la fecha de firma de la autorización. La que se entregue a los demás destinatarios puede permanecer activa hasta 90 días a partir de la fecha de firma.

Entiendo que, de conformidad con las leyes de Florida, es posible que yo tenga que pagar ciertas cuotas al solicitar copias de mi historia clínica. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento informando por escrito al departamento de Gestión de la Información Médica *(Health Information Management Department)* de Moffitt, salvo en la medida en que el hospital haya actuado con base en esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que eso no afectará mi capacidad ni mi idoneidad para recibir tratamientos, pagos o prestaciones. Entiendo que la información que se comunique gracias a esta autorización podría comunicarse a terceros por intermedio del receptor y que quizá ya no esté protegida por las reglamentaciones federales sobre la confidencialidad o por otras leyes de protección de la privacidad. Al firmar esta autorización entiendo que autorizo al hospital para que comunique los datos que se especifican en este documento.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha Nombre del paciente o representante legal en legra de imprenta Fecha

_____
Descripción de la autoridad del representante legal Fecha

MOFFITT CANCER CENTER

07/19

12902 Magnolia Dr. Tampa FL, 33612 MBC-HIM
Teléfono: (813) 745-3991; fax: (813) 449-8001
Medicalrecordrequest@moffitt.org

Patient Name:
_____
Date of Birth:_____
MRN:_____