

Completion Date:

Autorización para revelaciones de terceros
(Adjunto 46)



UNIVERSITY OF MIAMI
MILLER SCHOOL
of MEDICINE

Autorizo el uso o la revelación de mi información médica como se describe abajo:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Número de expediente médico _____

Propósito: Atención continua Seguro Legal Escolar Incapacidad Personal Otro

Persona/entidad autorizada a revelar registros:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Ciudad/Estado/Código postal _____ Correo electrónico: _____

Propósito: Atención continua Seguro Legal Escolar Incapacidad Personal Otro

Revelación de terceros- Persona/entidad autorizada a revelar registros

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Ciudad/Estado/Código postal _____ Correo electrónico: _____
Atención: _____ Relación: _____

Descripción de la información a ser usada o revelada. Escriba las fechas o los nombres de los médicos aquí:

Administración de cuenta familiar- Autorizo a las siguientes personas a recibir información sobre la atención de mi tratamiento

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____ Correo electrónico: _____
Atención: _____ Relación: _____

Escriba sus iniciales en cada casilla por separado si corresponde a su autorización para retirar/quitar información sensible

- SITUACIÓN DE VIH/SIDA: Información relacionada con el VIH, que incluye cualquier información que indique que me hicieron una prueba relacionada con el VIH, o infección por VIH o una enfermedad relacionada con el VIH o sida, o cualquier información que indique que estuve potencialmente expuesto al VIH.
- Enfermedades de transmisión sexual Información sobre agresiones sexuales
- Registros de tratamientos de salud mental, regulados por la ley estatal (incluyendo los registros de salud mental relacionados con el tratamiento de salud mental voluntario o involuntario). Los registros de salud mental pueden incluir información sobre el abuso de sustancias.
- Registros de tratamientos por abuso de sustancias (drogas y alcohol). La información sobre el abuso de sustancias puede ser parte de los registros de salud mental. Información o pruebas genéticas

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no se completa, esta autorización vencerá en un año después de la fecha de la firma.

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o un plan médico cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, la información descrita arriba puede volver a revelarse y que ya no esté protegida por estas reglamentaciones. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento o pago, inscripción o mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Departamento de la información médica (Department of Health Information Management), excepto en la medida en que se hayan tomado acciones con base en esta autorización.

Firma del paciente o representante

Fecha Hora

Nombre del representante personal (si corresponde)

Relación con el paciente

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT
P: 305.243.5272 uchartecopy@med.miami.edu F:305.243.5274
AUTHORIZATION FOR 3RD PARTY DISCLOSURES

Patient Identification Sticker



Form D3900052S
Revised 04/19/23