

The Institute for Healthy Aging
Attn: Mark A. Rosenberg, M.D., FACEP
101 NW 1st Avenue, Delray Beach, FL 33444

Autorización para utilizar o comunicar mi información médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre anterior: _____

I. Mi Autorización

Usted puede utilizar o comunicar la siguiente información de cuidado médico (marque todo lo pertinente):

Toda mi información médica mantenida por el consultorio nombrado arriba

(Ponga un círculo alrededor de "incluir" o "excluir" para cada uno de los siguientes casos)

Incluir o Excluir: Mi información médica relacionada con el abuso de drogas

Incluir o Excluir: Mi información médica relacionada con el abuso de alcohol

Incluir o Excluir: Mi información médica relacionada con HIV/SIDA

Incluir o Excluir: Mi información médica relacionada con condiciones psicológicas o psiquiátricas,
incluso apuntes de psicoterapia

Mi información médica relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _____

Mi información médica par alas fechas: _____

Mi información médica par alas fechas: _____

Usted puede divulgar esta información a:

Nombre (o título) del la organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Razones por esta autorización (marquee todo lo pertinente):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Porque lo pedi | <input type="checkbox"/> Marque aquí solamente si The Institute for Healthy Aging pide la autorizacion por motivos de <i>marketing</i> . |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____

_____ | <input type="checkbox"/> Marque aquí solamente si The Institute for Healthy Aging recibirá also de valor en cambio de divulgar información médica por motivos de <i>marketing</i> . |

Esta autorización expira: el (fecha) _____

cuando ocurra lo siguiente _____

II. Mis derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de cuidado médico (tratamiento, pago o inscripción.) Sin embargo, es necesario firmar un formulario de autorización para:

- Participar en un estudio médico o
- Para recibir atención médica cuando el motivo es la creación de información para una tercera entidad.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectara ninguna de las medidas tomadas por el consultorio nombrado arriba basadas en esta autorización. No puedo revocar esta autorización si su motivo fue obtener seguro. Dos maneras de revocar esta autorización son:

- Llenar un formulario de revocación. El formulario está disponible en el consultorio, o
- escribir una carta al consultorio.

Una vez que el consultorio ha divulgado información médica, la persona o organización que la recibe puede a su vez divulgar esa información. Las leyes de confidencialidad ya no pueden protegerla.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha

Hora

Nombre en letras de imprenta si firmado en lugar del paciente

Relación (Padre, tutor legal, representante personal, etcetera.)