

## Autorización para divulgar información médica

1. Seleccione la ubicación de la clínica (*marque una opción*):

- 5270 Babcock Street NE, Suite 1, Palm Bay, FL 32905..... (Tel): 321-722-5959..... (Fax): 321-241-6890
- 775 Malabar Road, Suite 105, Malabar, FL 32950..... (Tel): 321-722-8435..... (Fax): 321-241-6890
- 17 Silver Palm Avenue, Melbourne, FL 32901..... (Tel): 321-733-2021..... (Fax): 321-241-6890
- 220 Barton Blvd, Rockledge, FL 32955..... (Tel): 321-639-5177..... (Fax): 321-241-6890
- 1357 N Singleton Ave., Titusville, FL 32796..... (Tel): 321-268-0267..... (Fax): 321-241-6890
- 2120 Sarno Road, Melbourne, FL, 32935..... (Tel): 321-241-6800..... (Fax): 321-241-6890
- 7227 N. Highway 1, Cocoa, FL, 32927..... (Tel): 321-877-2740..... (Fax): 321-241-6890
- BHA Mobile Clinic..... (Tel): 321-914-5864..... (Fax): 321-241-6890
- 2120 Sarno Road, Melbourne, FL, 32935 Ste 2 (Women's Health)..... (Tel): 321-425-4807..... (Fax): 321-241-6890
- 1361 Florida Ave NE Palm Bay, FL, 32905..... (Tel): 321-241-6800..... (Fax): 321-241-6890

2. Nombre del paciente (*en imprenta*) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*día/mes/año*) \_\_\_\_\_

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

3. Por la presente, autorizo a Brevard Health Alliance (*seleccione una opción*):

- A enviara:       A recibir de:

Nombre del médico, institución o persona: \_\_\_\_\_

Dirección, N.º de suite, N.º de apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Número de fax \_\_\_\_\_

4. La siguiente información (***ESCRIBA SUS INICIALES***):

- |  |  |
|--|--|
| _____ Información e informes médicos completos   | _____ Análisis de laboratorio              |
| _____ Informes sobre visitas a consultorios  | _____ Consumo de drogas y alcohol          |
| _____ Vacunas y tablas de crecimiento  | _____ Servicios de conducta y salud mental |
| _____ Informes de radiografías y diagnóstico por imágenes  |  |
| _____ Enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) |  |

5. Fechas del servicio: (*De*) \_\_\_\_\_ (*Para*) \_\_\_\_\_

6. Esta autorización expira después de un año de haber sido firmada. Brevard Health Alliance está autorizado a utilizar proveedores externos para realizar copias de la información y brindar toda información que sea solicitada. Por la presente, eximo a Brevard Health Alliance, sus empleados, proveedores y contratistas independientes de toda responsabilidad que surja de la divulgación de la información indicada anteriormente.
7. Entiendo que Brevard Health Alliance no divulga las historias clínicas de otros médicos, hospitales o salas de emergencia. Solicite el envío de su historia clínica a donde usted desee.
8. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si este fuera el caso, debo presentarla por escrito a Brevard Health Alliance.
9. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información que ya se haya divulgado como consecuencia de esta autorización.
10. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro en caso de que la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo contemplado en la póliza.

11. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del cliente o representante legal

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Relación entre representante legal y el cliente

12. (*Utilice este espacio solo si el cliente revoca el consentimiento*) \_\_\_\_\_  
 Firma del cliente o representante legal Fecha de revocación del consentimiento por parte del cliente