

Diana McLaughlin, M.D., F.A.A.P.

Kids' Medical Care

2336 Immokalee Road, Green Tree Center, Naples, FL 34110

239-591-8481 (Tel.) 239-596-0212 (FAX)

Solicitud de Acceso a la Información de Salud

Nombre del Paciente: _____

Medical records #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Información se recibe de:

Información se manda a:

Yo doy autorización a Kids' Medical Care para el uso y divulgación de la información de salud enumerada. Yo doy autorización atención médica a Kids' Medical Care para compartir y recibir la información de salud enumerada:

_____ Todos registros médicos (incluidos los registros de facturación, fármaco dependencia de alcohol, información sobre salud mental, exámenes genéticos y VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual relacionadas con información),

o

_____ Todos los registros excepto:

Fecha de caducidad de la autorización: _____ (si se deja en blanco, esta autorización caducará un año desde la fecha de firma).

Entiendo que yo puedo inspeccionar o solicitar copias de la información revelada por esta autorización de solicitud de divulgación en los 30 días siguientes a la recepción de dicha solicitud.

Entiendo que la producción de copias de los registros médicos requiere una amplia utilización de los recursos y podemos cobra una tarifa de acuerdo a la ley de Florida.

Entiendo que Kids' Medical Care tiene el mandato de mantener registros durante períodos específicos de tiempo conforme a la ley de Florida. Si su solicitud excede el período de tiempo requerido los registros médicos ya no estén disponibles.

Entiendo que mi información médica o facturación podría ser divulgada de nuevo y ya no están protegidos por las regulaciones de privacidad de información de salud federal, si los destinatarios de este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de la información.

Entiendo que Kids' Medical Care tiene el derecho a denegar el acceso a la información médica conforme a la ley de Florida.

Entiendo que todos los registros médicos / facturación que contiene información relacionada con el **abuso de ALCOHOL, pruebas genéticas, salud MENTAL y información relacionada con VIH/SIDA/ETS** lanzará salvo indicación al contrario por encima.

Entiendo que yo puedo revocar esta autorización mediante notificación a Kids' Medical Care por escrito con el entendimiento de que la información divulgada previamente no estaría sujeta a mi solicitud de revocación.

Entiendo que permito negarse a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago de servicios de salud o el derecho a percibir prestaciones.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de este formulario al momento de su firma.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Si padre o tutor legal, firmar a continuación y afirma su relación al paciente. Todos los representantes jurídicos distintos de los padres deben proporcionar identificación y un documento de la autoridad.

Imprime el nombre del padre/tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre / Representante legal: _____ **Relación:** _____