



Autorización para divulgar información del expediente médico (No debe usarse para la solicitud de acceso por parte de un paciente)

Por este medio autorizo a *Lee Health* para que divulgue información sobre la salud protegida que se encuentra en mi expediente médico, la cual puede incluir pruebas del VIH (SIDA), enfermedades de transmisión sexual, salud mental y/o servicios para el abuso de las drogas. Yo además descargo a *Lee Health* de toda responsabilidad legal y/o obligación que pudiera surgir a causa de la divulgación de dichos expedientes según se especifica anteriormente, y por este medio renuncio a todos los derechos que tengo para preservar la confidencialidad de dichos expedientes. Puede enviar un fax al **(239) 343-4189 (divulgación de información) o entregarlo personalmente en un establecimiento de Lee Health.**

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Estado: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Esta información será: Enviada por correo a _____; Recogida en la fecha de: _____

Entregada electrónicamente (debe completarse un formulario adicional)

La solicitud está sujeta a las limitaciones que se indican a continuación y es para el propósito de:

Personal Pago Operaciones de cuidados a la salud Otro: _____

Tratamiento (Continuación de los cuidados) Cita con un médico (Fecha/Hora): _____

Favor de proporcionar lo siguiente:

- Notas del Depto. de Emergencias Consulta Notas del consultorio del médico Inmunizaciones
- Resumen del alta Órdenes del médico Registro quirúrgico Resultados del VIH (Prueba del SIDA)
- Historial & examen físico Notas del progreso Reporte de patología Resultados de laboratorio
- Pruebas radiológicas Pruebas diagnósticas Pruebas psiquiátricas/psicológicas (salud mental)
- Otro: _____

Esta autorización es para la(s) fecha(s) de tratamiento indicadas(s):

De (fecha): _____ A (fecha): _____ Instrucciones especiales: _____

**Además, estoy de acuerdo en pagar las cuotas cobradas para proporcionar la información solicitada.
Entiendo que las cuotas caen dentro de la cuota permitida por la Ley de Florida.**

En conformidad con el Estatuto de Florida 395.3025
El cargo exclusivo para las copias de los expedientes del paciente puede incluir impuesto sobre la venta y el franqueo pagado, y con excepción de los expedientes que no están impresos en papel, los cuales están sujetos a un cargo que no debe exceder \$2, no puede exceder \$1 por página. Puede cobrarse una cuota de hasta \$1 por cada año de expedientes solicitados. Estos cargos aplicarán a todos los expedientes proporcionados, ya sea directamente por el establecimiento o por un servicio de copiado prestando estos servicios a nombre del establecimiento. Sin embargo, un paciente cuyos expedientes estén siendo copiados o sujetos a búsqueda para el propósito de continuar recibiendo cuidados médicos no tiene requerido pagar un cargo por el copiado o por la búsqueda.
Patient Initials: _____

Consentimiento para menores de edad

Los menores de edad tienen permitido otorgar consentimiento para el tratamiento y el cuidado médico en las siguientes situaciones. Por tanto, los padres no tienen derecho a la información del menor sin el consentimiento por escrito del menor, una citación judicial válida u orden de la corte.

1. Un menor que está, o ha estado, casado.
2. Una menor soltera embarazada dando consentimiento para la realización de cuidados médicos o quirúrgicos o de servicios relacionados con el embarazo.
3. Una menor que es madre soltera y está dando consentimiento para cuidados médicos o quirúrgicos o servicios a su hijo(a).
4. Un menor solicitando voluntariamente servicios por trastornos de abuso de drogas.
5. Un menor dando consentimiento para el examen y tratamiento de una enfermedad venérea.
6. Un menor recibiendo información o servicios anticonceptivos.
7. Un menor con una orden de la corte retirando la discapacidad de minoría de edad.
8. A menos que un padre se oponga por escrito, todo menor que haya alcanzado la edad de 17 años puede dar consentimiento para la donación, sin compensación por ello, de su sangre y a la penetración de tejido que es necesaria para lograr tal donación.

Las cuotas se dispensan solamente si las copias son enviadas directamente al consultorio del médico y/o al proveedor de cuidados a la salud.

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. *Lee Health* no condicionará el tratamiento, pago, inscripción en un plan de seguro médico, o elegibilidad para servicios al individuo que provee la autorización del uso solicitado conforme arriba se indica. Esta autorización puede ser revocada excepto en el grado en que se haya(n) tomado acción(es) según lo delinea esta autorización. La revocación debe ser por escrito dirigida al Oficial de Privacidad de Lee Health por correo al Oficial de Privacidad CORREOS Box 2218, Fort Myers, FL 33902 o por correo electrónico a PrivacyOfficer@LeeHealth.Org. Comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información protegida sobre la salud a usarse o divulgarse conforme a esta autorización. La información usada/divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a ser nuevamente divulgada por el destinatario y dejar de estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad (en inglés *Federal Privacy Rules*).

Firma del Paciente: _____ Fecha/Hora: _____

En caso de ser el representante legal, firme a continuación e indique la relación y autoridad para hacerlo, y anexe una copia del documento de autoridad.

Representante legal: _____ Autoridad: _____

Tutor/padre con custodia: _____ Fecha/Hora: _____

Esta autorización tiene efecto hasta _____ o por 1 año a partir de la fecha en que se firmó.



Usted ha solicitado una copia electrónica de sus expedientes médicos. *CIOX Health* facilitará, bajo acuerdo con este proveedor de cuidados a la salud, la transferencia de sus expedientes con base en esta autorización.

Usted recibirá un correo electrónico de parte de *CIOX Health*, a la dirección de correo electrónico que usted ha proporcionado, el cual incluirán instrucciones detalladas sobre cómo acceder sus expedientes electrónicos a través de un portal de Internet seguro. Una vez que usted haya recibido la notificación por correo electrónico de parte de *CIOX Health*, el expediente médico estará disponible a través de Internet durante 90 días. Si el acceso al expediente no se realiza durante este periodo de tiempo, será borrado del portal. Si usted necesita el expediente después de ese momento, usted debe volver a presentar su autorización al establecimiento de cuidados a la salud.

Para acceder el expediente electrónicamente, su computadora debe reunir o exceder estos requisitos:

Plataforma Windows o Mac

- Pentium 3 o mac G3 ó mayor
- Por lo menos 128 MB de RAM
- Internet Explorer 6.0 ó 7.0 con paquete de codificación de 128-bit o Netscape 4.77
- Módem de por lo menos 56K; sin embargo, se recomienda una línea DSL o T1
- Lector Adobe (la última versión se encuentra disponible gratuitamente desde www.adobe.com)
- Impresora de 200 dpi (o más) (para imprimir los expedientes)

El reglamento de pagos varia de estado a estado, por tanto, dependiendo de la ubicación del establecimiento médico del cual usted solicitó los expedientes, es posible que haya un cargo asociado con este servicio. De ser así, es posible que usted reciba una factura por parte de *CIOX Health* junto con el expediente médico.

Si tiene cualquier pregunta o para verificar el estatus de su expediente médico, por favor llámenos directamente al (800) 367-1500, #4.

Cordialmente,
CIOX Health



El correo electrónico es inherentemente inseguro a menos que esté completamente codificado requiriendo el uso de una fuerte autenticación y protección de contraseña. La mayoría de los correos electrónicos no reúnen esos estándares. En consecuencia, cuando nosotros enviamos sus expedientes médicos a través de un correo electrónico sin seguridad, la información enviada no está codificada. Esto significa que una tercera persona podría ser capaz de acceder la información y leerla, ya que es transmitida por Internet. Además, una vez que usted reciba el correo electrónico, alguien podría ser capaz de acceder su cuenta de correo electrónico y leerla. A continuación se enumeran algunos de, pero no todos, los muchos riesgos de usar correo electrónico para comunicar información médica confidencial:

- El correo electrónico puede ser reenviado, impreso, y almacenado en numerosas formas impresas y electrónicas, y ser recibido por muchos destinatarios previstos e imprevistos sin el conocimiento o aprobación de usted.
- Los correos electrónicos pueden ser enviados a la dirección equivocada por cualquier remitente o destinatario.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos a manos o firmados.
- Es posible que existan copias del correo electrónico aún después de que el remitente o el destinatario haya borrado su copia.
- Los proveedores de correo electrónico tienen el derecho de archivar e inspeccionar los correos electrónicos enviados a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado, o usado sin detección o autorización.
- El correo electrónico puede propagar virus de computadora.
- La entrega de correo electrónico no está garantizada.
- El correo electrónico puede usarse para el fraude electrónico (en inglés *Phishing*). *Phishing* es una técnica que los individuos usan, pretendiendo ser un remitente de confianza, para obtener información personal confidencial.