

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por favor lea este formulario completo antes de firmarlo y complete todas las secciones que correspondan a sus decisiones sobre la divulgación de información médica protegida.

### NOMBRE DEL PACIENTE O INDIVIDUO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
**OTRO(S) NOMBRE(S) USADO(S)** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO** Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_  
**TEL.** \_\_\_\_\_ **TEL. ALTERNO** \_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRÓNICO** (Opcional): \_\_\_\_\_

### AUTORIZO A GASTRO HEALTH Y SUS SUBSIDIARIAS Y AFILIADAS A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?** ¿Podemos divulgar su información médica protegida a su cónyuge, hijo(s) adulto(s), hermano(s) u otra persona (por ejemplo, médico, abogado, compañía de seguros de vida, empleador u otra entidad)? En caso afirmativo, escriba su nombre, información de contacto y parentesco.

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona/Organización \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE LA DIVULGACIÓN:

- Tratamiento/Atención Médica Continua
- Uso Personal
- Facturación o Reclamaciones
- Seguro
- Fines Legales
- Determinación de Discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro \_\_\_\_\_

**¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?** Complete la siguiente información indicando qué información desea divulgar. Se requiere la firma de un paciente menor de edad para la divulgación de algunos datos. Si se divulgará toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Toda la Información Médica | <input type="checkbox"/> Órdenes Médicas       | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                | <input type="checkbox"/> Información de Facturación |
| <input type="checkbox"/> Historial/Examen Físico               | <input type="checkbox"/> Alergias del Paciente | <input type="checkbox"/> Resumen del Alta                 | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología     |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos Pasados/Actuales         | <input type="checkbox"/> Informes Quirúrgicos  | <input type="checkbox"/> Informes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Películas de Imágenes      |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio             | <input type="checkbox"/> Informes de Consulta  | <input type="checkbox"/> Informes de Patología            | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

**Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:**

\_\_\_\_\_ Historial de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia) \_\_\_\_\_ Información Genética (incluyendo resultados de pruebas genéticas)

\_\_\_\_\_ Historial de abuso de drogas, alcohol y sustancias (excluyendo la Parte 2) \_\_\_\_\_ Resultados/Tratamiento de Pruebas de VIH/SIDA

*Sus iniciales en este lugar constituyen el consentimiento específico para divulgar la información protegida descrita anteriormente. Usted reconoce que esta información, una vez divulgada, puede perder su carácter de protegida y estar sujeta a una nueva divulgación.*

\_\_\_\_\_ Podemos utilizar datos anónimos derivados de su información médica protegida (PHI) para entrenar, validar, supervisar o mejorar los algoritmos de IA utilizados en las herramientas de planificación de tratamientos. Dicho uso cumplirá con las leyes de privacidad y seguridad aplicables, y no se utilizará información identificable sin su autorización.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA** - La persona y/o su representante legal autorizado tienen derecho a recibir una copia de esta autorización.

**VIGENCIA:** Esta autorización es válida hasta el fallecimiento de la persona; la mayoría de edad; la revocación del permiso; o la siguiente fecha específica (opcional), lo que ocurra primero:

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO A REVOCAR:** Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento notificando por escrito mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización indicada en la sección "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones previas tomadas en virtud de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas. Si revoco esta Autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTRO HEALTH LLC, 9500 S. Dadeland Blvd., Suite 200, Miami, FL 33256**,  
**ATENCIÓN: Oficial de Privacidad.** Entiendo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada en virtud de esta Autorización ni a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue el derecho a impugnar una reclamación bajo mi póliza.

**AUTORIZACIÓN DE FIRMA:** He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información según lo descrito. Entiendo que negarme a firmar este formulario no impide la divulgación de información médica que se haya producido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

**FIRMA X** \_\_\_\_\_ Firma de la persona o de su representante legal autorizado \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Nombre impreso del representante legal autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si es representante, especifique el parentesco con la persona:  Padre de un menor  Tutor Legal  Otro \_\_\_\_\_

*Se podrá solicitar comprobante de la autoridad legal como representante antes de la divulgación de los registros.*

**FIRMA X** \_\_\_\_\_ Firma de menor de edad \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Método de entrega:**  Correo Postal  Correo Electrónico  Fecha de Recogida: \_\_\_\_\_

**Formato solicitado:**  Papel  Medio electrónico  CD (Sólo para imágenes)

Los registros se enviarán automáticamente por correo postal 10 días después de la fecha de recogida (Iniciales) \_\_\_\_\_

**Rechazo del cifrado de correo electrónico o medios electrónicos:**

Se solicita medio electrónico sin cifrar  Se solicita correo electrónico sin cifrar

Si se solicita la entrega electrónica de expedientes, ya sea por medios electrónicos o correo electrónico, la entrega se realizará mediante un método cifrado seguro. Si decide rechazar la entrega segura, su elección de recibir los registros a través de un método no cifrado constituye el reconocimiento de los riesgos asociados y la renuncia y liberación de Gastro Health, LLC, sus empresas matrices y subsidiarias, entidades afiliadas, directores, funcionarios, empleados y agentes ("Partes Exoneradas") contra cualquier reclamación, actual o futura, relacionada con la entrega no segura de la información de su historial médico.

**Cargos:** De acuerdo con la HIPAA, Gastro Health puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por proporcionar una copia de los registros que usted solicite, que puede incluir la mano de obra para copiar los registros (pero no la búsqueda y recuperación), los materiales para copiar en papel o medios electrónicos, el franqueo y la preparación de un resumen, si ha aceptado el resumen en lugar del registro real; y, como alternativa, si se solicitó un expediente electrónico y está disponible, se aplicará una tarifa fija de \$6.50, que incluye gastos de envío y materiales. Si la solicitud del expediente fue realizada por una persona distinta al paciente o su representante, se aplicarán las tarifas especificadas por el estado donde se encuentre el expediente, si corresponde.

**Informado del cargo por copias (Iniciales)** \_\_\_\_\_