



Como solicitar copias de su historial médico

Las copias del historial médico tienen el costo de un dólar por página hasta las 25 páginas. Después de sobre pasar las 25 páginas, el costo por hoja sería de 25 centavos. El historial médico puede ser enviado de manera gratuita a cualquier proveedor.

- Completar todas las secciones del formulario de autorización (al otro lado de esta página).

También encontrará la autorización/formulario para la divulgación de información en nuestro sitio web:

www.saluscareflorida.org

Contacto

Formulario para la divulgación de información

- Enviar:
 1. El formulario de autorización completado CON
 2. Una copia de identificación para el Departamento de gestión e información de la salud de SalusCare:

*Correo electrónico = him@saluscareflorida.org

*Fax = 239-275-4295

- Las solicitudes para la divulgación de información serán procesadas dentro de cinco días hábiles de haber recibido dicho pedido. Si usted necesita la información antes de tiempo, favor de dejárnoslo saber escribiéndolo en el mismo formulario y nosotros haremos todo posible por cumplir con su requerido.

¿Preguntas?

Favor de comunicarse con el Departamento de gestión e información de la salud al 239-275-3222, ext. 6503.

SalusCare, Inc.
Health Information Management Department
2789 Ortiz Ave., Building E
Fort Myers, FL 33905
Teléfono: 239-275-3222, ext. 6503
Fax: 239-275-4295
Email = him@saluscareflorida.org

AUTORIZACION PARA CESION DE INFORMACION

Fecha de Nacimiento:

Nro. de Seguro Social:

Nombre de persona/organización que recibirá la información:

Nombre:

Teléfono:

Fax:

Relación al Paciente:

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Descripción de la información para ceder:

Propósito de la cesión:

Está limitado a una sola cesión? Sí No

Si no, fecha de vencimiento: ___Fecha ___Evento

Si es una fecha específica, indíquela:

(no puede pasar de un año)

Si es un evento específico, explique:

Comprendo que la autorización de esta cesión de información es voluntario. No estoy obligado a firmar este documento para poder recibir tratamiento.

Comprendo que mi registro clínico puede incluir información relacionada con VIH/SIDA, servicios para comportamiento o salud mental, y/o servicios para el abuso de sustancias.

Comprendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento con notificación por escrito al Departamento de Registros Clínicos. La revocación no se aplica a registros ya cedidos como resultado de esta autorización.

Comprendo que cualquier cesión de información lleva consigo la posibilidad de una re-cesión no autorizada y es posible que la información no sea protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado:

Nombre

Fecha

Si no está firmado por el cliente: relación del firmante al cliente: _____

Firma de la Persona Registrando esta Petición:

Nombre

Fecha