



Medical Specialists of the Palm Beaches Inc.

5700 Lake Worth Road, Suite 204 • Lake Worth, FL 33463

Línea de Asistencia sobre Cumplimiento: (561) 207-2120

Como es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud (HIPAA), Estatuto de Florida (F.S.) 456.057, usted tiene el derecho de solicitar la oportunidad de inspeccionar y copiar información de salud que le pertenezca. Evaluaremos su solicitud y la concederemos o le explicaremos la razón por la cual su solicitud no será concedida. Su derecho de acceso no se extiende a la información recopilada en la participación razonable o para ser usada en una acción o demanda civil, penal o administrativa, o a información que hayamos recibido en forma confidencial de alguna otra persona que no sea un proveedor de salud.

Divulgación de Información de Salud Cuenta #: _____

1. Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Número de Seguro Social: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

2. Tipo de Acceso Solicitado:

- Inspección.** Entiendo que un empleado de MSPB puede estar presente y que no puedo hacer marcas o alterar los registros de ninguna forma. Se me informará cuando pueda venir a inspeccionar los registros.
- Copias.** Me gustaría copias de todos los registros solicitados, en uno de los siguientes formatos: **Escoja uno:**
 - Envío impreso en papel:** Vía Fax Recogido Vía Servicio Postal EE.UU
 - CD (formato PDF requiere Adobe Acrobat Reader):** Recogido Vía Servicio Postal EE.UU

Nota: Si el acceso es para uso propio del paciente, el paciente abajo firmante reconoce haber recibido una copia de sus registros médicos en "disco" y acepta la custodia del disco. El abajo firmante reconoce que él o ella es el único responsable por el disco y por la divulgación de la información protegida de salud que pueda contener dicho disco.

3. La solicitud en el paciente mencionado anteriormente es para que:

Yo pueda tener acceso a mi propia información de salud para uso personal, o

Mi información de salud sea divulgada a las siguientes persona(s) o clase de personas:

Si no es el paciente, Nombre de tercero: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

4. Información a ser divulgada: Especifique que médico(s) de MSPB, grupo y/o ubicación: _____

Registros Médicos: _____

Registros de Facturación: _____

Registros de Diagnóstico/Radiología: _____

(Especifique el tipo de enfermedad, fecha(s) de accidente, fecha(s) de tratamiento, pruebas específicas u otras partes de registros o TODAS). Nota: En conexión con esta solicitud de divulgación, el paciente le concede a MSPB permiso para divulgar información con respecto a pruebas o tratamiento de VIH/SIDA (F.S. 381.004), información sobre abuso de sustancias o salud mental (F.S. 397.501) y notas de psicoterapia (F.S. 394.4615), si las hay. **MSPB no puede liberar registros de otra fuente.**

Cargos: Entiendo que a menos que la información sea para la continuación de atención divulgada directamente a un proveedor de servicios médicos, el cargo (F.S. 395.3025) es \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y luego \$0.25 para cada página adicional, más gastos de envío si aplica.

Entiendo que una vez que mis registros sean divulgados, MSPB no puede garantizar que el receptor no volverá a divulgar mi información de salud a terceros. Los cuales no podrán ser obligados a cumplir con las leyes federales y estatales que rigen el uso y divulgación de mi información de salud. Esta autorización permanecerá en vigor por el periodo de un año o hasta que proporcione una notificación escrita de revocación al Departamento de Registros Médicos de MSPB.

Firma (Paciente o Tutor Legal): _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta y parentesco del Tutor Legal (si aplica) _____

Por favor devuelva esta planilla a su clínica. Para información sobre su gestión favor de llamar al 1-866-967-0133