

BAPTIST HEALTH AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Delivery Method: Mail Pickup Date: _____
Records will automatically be mailed 10 days after pick-up date. (initial) _____

I hereby authorize the use and/or disclosure of the below named individual's health information as described below.

- 1. I hereby authorize the following individual(s) or organization(s): Baptist Hospital of Miami South Miami Hospital Doctors Hospital
- Homestead Hospital Baptist Outpatient Services Ambulatory Surgery Center Mariners Hospital
- Diagnostic Center Urgent Care Center Physician Practice
- Other (specify): _____ to make the disclosure of health information in the manner described herein.

Patient Name: _____ Telephone: _____
(please print)

Address: _____ D.O.B. _____ Social Security #: _____

2. The health information described below may be used by or disclosed to the following:

Name of person/organization: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone #: _____

3. Describe the health information you are authorizing to be used/disclosed:

- All records Operative Record Physician Orders Mental Health* (initial) _____
- Pertinent Information Pathology Report Laboratory HIV/AIDS (initial) _____
- Emergency Record Consultation Pathology Slides Substance Abuse (initial) _____
- Discharge Summary Progress Notes Cath Lab cine / CD Imaging Films: _____

Imaging Studies Report: _____ Other: _____

(*If this form authorizes the use/disclosure of mental health records it may not be used to authorize the use/disclosure of any other health information. A separate Authorization is needed for any other use/disclosure.) Note: You must obtain initial HIV Antibody testing information from your physician. This form may not be used for marketing or research purposes.

4. Confined to records regarding admission and treatment on or about: _____

5. The disclosure of the health information described herein is being made for the reason below: At the request of the individual

Sharing with other health care providers as needed Other (describe): _____

6. I understand that I have a right to revoke this Authorization at any time, and that if I revoke this Authorization, I must send a written request to: **Baptist Health South Florida, Inc., 6855 Red Road, Coral Gables, FL 33143, ATTN: Privacy Officer.** I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in reliance on this Authorization and to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

7. This Authorization will expire (insert date or event) _____
(If left blank, the Authorization will expire one (1) year from date on which it was signed.)

8. I understand that this authorization is voluntary. I understand that once the health information described herein is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal privacy laws; however, under federal and state laws respectively, the recipient may be prohibited from re-disclosing substance abuse and HIV/AIDS information without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such laws. I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal will not affect my ability to obtain treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits.

Signature of Patient*/Personal Representative

Relation to Patient

Date

Witness

Date

*The above individual is unable to consent because (check one):

- Minor Incompetent Other (explain): _____

Fees: In accordance with F.S. 395.3025 Healthcare facilities and ambulatory surgery centers charge for medical record copy is: \$1.00 search fee for every year requested: \$1.00 per page for paper records; \$2.00 per page for non-paper records, plus sales tax and actual postage. In accordance with F.S. 456.057 Healthcare practitioners and physicians' offices charge for medical record copy is: \$1.00 per page for the first 25 pages and .25 cents for any page after that.

Informed of charge for copies. (Please initial) _____

You are entitled to a copy of this authorization after you sign it.



AUTORIZACIÓN DE BAPTIST HEALTH PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Forma de Entrega: Correo Fecha para Recoger: _____
Los expedientes se enviarán por correo automáticamente 10 días después de la fecha para recoger. (iniciales) _____

Por la presente autorizo el uso y/o divulgación de la información de salud del individuo nombrado debajo según se describe a continuación.

1. Por la presente autorizo a el/los siguiente(s) individuo(s) u organización(es): Baptist Hospital of Miami South Miami Hospital
 Doctors Hospital Homestead Hospital Baptist Outpatient Services Ambulatory Surgery Center Mariners Hospital
 Diagnostic Center Urgent Care Center Physician Practice

Otro (especifique): _____ para que divulgue información médica de la manera descrita aquí.

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____
(En letra de molde)

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # del Seguro Social: _____

2. La información de salud descrita a continuación pudiera ser usada o divulgada de la siguiente forma:

Nombre de la persona u organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ # de Teléfono: _____

3. Describa la información de salud que está autorizando a usar o divulgar:

Todos los expedientes Expedientes Quirúrgicos Órdenes Médicas Salud Mental* (iniciales) _____
 Información Pertinente Expedientes de Patología Laboratorio VIH-SIDA (iniciales) _____
 Expediente de Emergencia Consultas Transparencias de Patología Abuso de Sustancias (iniciales) _____
 Sumario del Alta Notas de Progreso Cine-CD del laboratorio de cateterización
 Fotos de imágenes. Reporte de Estudios de Imágenes Otro _____

(*Si esta forma autoriza el uso o divulgación de expedientes de salud mental pudiera no utilizarse para autorizar el uso o divulgación de ninguna otra información de salud. Una autorización separada es necesaria para cualquier otro uso o modo de divulgación.) Nota: Usted debe obtener de su médico información inicial de exámenes de anticuerpo de VIH. Esta forma no se puede utilizar con propósitos de mercadeo ni investigación.

4. Limitado a expedientes sobre admisión y tratamiento en o cerca de: _____

5. La divulgación de información de salud descrita aquí se está haciendo por la siguiente razón:

A petición del interesado. Compartiendo con otros proveedores de salud según sea necesario. Otro (describa) _____

6. Comprendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, y que si revoco esta autorización debo enviar una petición por escrito a: **Baptist Health South Florida, Inc. 6855 Red Road, Coral Gables, FL. 33143, ATTN: Privacy Officer.** Comprendo que la revocación no se aplicará a información que ya se haya divulgado de conformidad con esta autorización, y a mi compañía de seguro cuando la ley otorga a mi asegurador el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza.

7. Esta autorización expirará (inserte fecha o evento): _____

(Si se deja sin llenar, la autorización expirará en a (1) un año de la fecha en la que se firmó).

8. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Comprendo que una vez que la información de salud descrita en la presente se divulgue, pudiera seguirse revelando por parte de quien la recibe, y pudiera no estar ya protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, bajo las leyes federales y estatales, respectivamente, se pudiera prohibir a quien la recibe de que a su vez divulgue a terceros el abuso de sustancias e información sobre HIV y SIDA sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece, o como de otra forma lo permitan tales leyes. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que mi negativa no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

Firma del paciente** o Representante Personal

Relación con el paciente

Fecha

Testigo:

Fecha:

** El individuo mencionado arriba no puede consentir porque (marque uno):

Menor de edad Incompetente Otro (explique): _____

Cargos: De acuerdo con el Estatuto de Florida 395.3025, los cargos de instalaciones de atención médica y centros de cirugía ambulatoria por fotocopiar historias clínicas son como sigue: \$1.00 por búsqueda de cada año solicitado: \$1.00 por página para historias impresas; \$2.00 por página para historias no impresas; además del impuesto sobre la venta y del franqueo postal correspondiente. De acuerdo con el Estatuto de Florida 456.057, los cargos de profesionales de atención médica y consultorios médicos por fotocopiar historias clínicas son como sigue: \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$0.25 por cualquier página adicional.
(Por favor inicie) _____

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después que la firme.

