



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

ESTE FORMULARIO DEBE INTRODUCIRSE EN LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS DE SALUD

FECHA: _____

Nombre del cliente: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Aspire Health Partners a:

- ☐ Divulgar la información a la persona/organización a continuación
- ☐ Obtener información de la persona u organización que aparece a continuación

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Para efectos de:

- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Determinar la necesidad/elegibilidad para servicios adicionales
- ☐ Confirmar mi estado en el programa
- ☐ Legal
- ☐ A petición mía
- ☐ Otros: _____

Información que se publicará:

- ☐ Historial médico completo, incluyendo registros psiquiátricos/de salud mental, registros de trastornos por consumo de sustancias e información relacionada con el VIH/SIDA (excluyendo notas de psicoterapia). **Al seleccionar "Historial Médico completo", entiendo que la divulgación puede incluir historiales psiquiátricos/de salud mental, registros de trastornos por consumo de sustancias e información relacionada con el VIH/SIDA, salvo que se limite lo contrario a continuación.**

O

- ☐ Solo los siguientes:
- ☐ Evaluaciones ☐ Planes de tratamiento ☐ Registros de medicación ☐ Resultados de laboratorio ☐ Resúmenes de alta
- ☐ Récorde de asistencia ☐ Registros psiquiátricos/de salud mental ☐ Registros de trastornos por consumo de sustancias ☐ Información relacionada con el VIH/SIDA
- ☐ Otros: _____

Autorizo los siguientes formularios en los que debe publicarse la información:

- ☐ Comunicación verbal ☐ Registros escritos ☐ Enviado por fax ☐ Transmisión electrónica segura

Elegí solo una opción:

- ☐ Liberar los registros creados en o antes de la fecha de firma.
- ☐ Liberar registros creados hasta la fecha de caducidad indicada a continuación.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento mediante notificación por escrito a Aspire Health Partners, salvo en la medida en que ya se haya tomado una acción basada en esta autorización. Si no se revoca previamente, esta autorización expirará en la fecha o evento especificado a continuación.

Fecha de caducidad o evento (**No debe exceder los 12 meses.**): _____

La información psiquiátrica, de trastornos por consumo de sustancias y relacionada con el VIH/SIDA divulgada en registros protegidos por leyes estatales y federales (incluidos los Capítulos 381, 394 y 397 de los Estatutos de Florida; 42 CFR Parte 2; y 45 CFR Partes 160 y 164) puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad aplicables. No se realizará una divulgación adicional de información recibida por Aspire Health Partners sin la autorización por escrito del individuo, salvo que la ley lo permita o exija lo contrario.

La firma de esta autorización es voluntaria. Aspire Health Partners no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios a si una persona autoriza la liberación de la información descrita anteriormente.

Si ha firmado un consentimiento para que Aspire Health Partners divulgue información confidencial en relación con una derivación al sistema de justicia penal, ese consentimiento puede prevalecer sobre esta autorización según lo permitan la ley y la política aplicables.

Nota para la parte solicitante: La ley de Florida establece directrices sobre las tasas que pueden cobrarse por copiar registros. Tu firma reconoce tu comprensión de esta declaración.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA DE FIRMA

Si está firmado por un representante:

REPRESENTANTE (por favor incluye la autoridad de firma: Padre, Tutor, Poder Notarial, etc.)

FIRMA DEL
FECHA DE FIRMA

* **REVOCACIÓN DE LA LIBERACIÓN AUTORIZADA POR EL CLIENTE POR ESCRITO EL** _____ **EN** _____ **OAM** ☐ **PM** ☐

Una vez completado, por favor devuelva este formulario y cualquier identificación que lo respalde directamente a:

Aspire Health Partners Departamento de Historias Médicas / Divulgación de Información

Correo: 1800 Mercy Drive, Orlando, FL 32810 Teléfono: (407) 875-3700 ext. 6762 Fax: (407) 667-1677 Correo electrónico: ReleaseOfInformationRequests@aspirehp.org

***Por favor, envíe los registros y solicitudes directamente al Departamento de Historiales Médicos/ROI para evitar retrasos en el procesamiento. Revisado el 9/11/2026**