

OTORIZASYON BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA POU KOMINIKE ENFÒMASYON SOU SANTE

1. Avèk dokiman sa a, mwen otorize yo itilize ak/oswa kominike enfòmasyon sou sante moun non yo ekri anba a jan sa deki anba la:

Non Pasyan: _____ Nimewo telefòn: _____ Dat nesans: _____ 4 dènye chif nimewo sekirite sosyal: _____

Adrès: _____ Vil: _____ Eta: _____ Kòd postal: _____

2. Moun ki pral site la yo ka itilize oswa kominike enfòmasyon sou sante ki deki anba la (Chwazi pwòp tèt ou oswa non Moun/Òganizasyon):

<input type="checkbox"/> PWÒP TÈT MWEN: Fòma yo Mande: <input type="checkbox"/> Papye <input type="checkbox"/> Imèl <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Lòt: _____ Metòd Livrezon: <input type="checkbox"/> Lapòs <input type="checkbox"/> Faks <input type="checkbox"/> Imèl <input type="checkbox"/> Pase chèche Adrès imèl: _____ Adrès livrezon: _____ Telefòn: _____ Faks (si w ap fakse): _____	<input type="checkbox"/> Non moun/òganizasyon: _____ Fòma yo Mande: <input type="checkbox"/> Papye <input type="checkbox"/> Imèl <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Lòt: _____ Metòd Livrezon: <input type="checkbox"/> Lapòs <input type="checkbox"/> Faks <input type="checkbox"/> Imèl <input type="checkbox"/> Pase chèche Adrès imèl: _____ Adrès livrezon: _____ Telefòn: _____ Faks (si w ap fakse): _____
---	--

Mwen otorize moun oswa òganizasyon sa yo pou yo kominike enfòmasyon sou sante yo nan fason ki deki la a:

<p style="text-align: center;"><u>Lopital:</u></p> <input type="checkbox"/> Baptist <input type="checkbox"/> Fishermen's <input type="checkbox"/> Bethesda East <input type="checkbox"/> Homestead <input type="checkbox"/> Bethesda West <input type="checkbox"/> Mariners <input type="checkbox"/> Boca Raton Regional <input type="checkbox"/> South Miami <input type="checkbox"/> Doctors <input type="checkbox"/> West Kendall <input type="checkbox"/> Doral <input type="checkbox"/> Lòt _____	<p style="text-align: center;"><u>Lòt Etablisman/Lokal:</u></p> <input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery Center <input type="checkbox"/> Miami Cancer Institute <input type="checkbox"/> Baptist Health Medical Group <input type="checkbox"/> Miami Cardiac & Vascular Institute Specialty _____ <input type="checkbox"/> Urgent/Express Care Center _____Broward _____Monroe _____Miami-Dade _____Palm Beach <input type="checkbox"/> Sant dyagnostik <input type="checkbox"/> Lòt _____ <input type="checkbox"/> Lynn Cancer Institute
---	--

3. **Apre nan ki dat tretman oswa evènman te fèt:** _____

Tcheke enfòmasyon sou sante w ap otorize pou yo itilize/kominike a:

Mete Tout Seksyon yo ki Anba la

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entènè Lopital/Istwa & Egzamen Fizik | <input type="checkbox"/> Dosye Operasyon |
| <input type="checkbox"/> Rezime Egzeyat | <input type="checkbox"/> Laboratwa |
| <input type="checkbox"/> Dosye Ijans | <input type="checkbox"/> Rapò Patoloji |
| <input type="checkbox"/> Konsiltasyon | <input type="checkbox"/> Rapò Radyoloji |

Lòt Dosye

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lis Medikaman | <input type="checkbox"/> Imaj Radyoloji: <input type="checkbox"/> Imèl or <input type="checkbox"/> CD |
| <input type="checkbox"/> Lòd Doktè | <input type="checkbox"/> Dyapozitif Patoloji |
| <input type="checkbox"/> Nòt Pwogrè | <input type="checkbox"/> Cath Lab Cine/CD |
| | <input type="checkbox"/> Lòt: _____ |

_____ Mete inisyal non ou la a pou tès VIH ak rezilta yo.

_____ Mete inisyal non ou la a pou dosye ki gen rapò ak Sant Rekiperasyon ak Tretman Adiksyon nan South Miami Hospital. Fòmilè sa a pa ka sèvi pou otorize pou yo itilize ak divilge nenpòt lòt enfòmasyon sou sante. Fòk gen yon otorizasyon apa pou nenpòt lòt itilizasyon/kominikasyon.

4. Y ap fè demann sa a pou: Kontinwite Swen Pwòp tèt mwen oswa Lòt, pa egzanp, asirans, rezon legal: _____

5. **Pwosis pou Anile Otorizasyon an.** Mwen konprann mwen gen dwa anile otorizasyon sa a nenpòt ki lè, e si mwen anile otorizasyon sa a, mwen dwe voye yon demann alekri bay: **Baptist Health South Florida Privacy Office, Privacy@Baptisthealth.net, 786-596-8850.**

Mwen konprann anilasyon an p ap aplike pou enfòmasyon ki deja kominike, pou kominikasyon k ap fèt alavni nan limit Baptist Health South Florida deja aji baze sou otorizasyon sa a, ak konpayi asirans mwen an lè lalwa bay konpayi asirans mwen an dwa pou konteste yon reklamasyon anba polis asirans mwen an.

6. Otorizasyon an ap ekspire yon ane apati dat yo te siyen li an sof si yo presize yon lòt dat oswa evènman: _____

Sonje: Si w ap mande pou yo kominike dosye, tanpri asire nenpòt dat ekspirasyon oswa evènman pèmèt gen ase tan pou yo prepare epi voye dosye w yo bay pati yo idantifye a.

7. Mwen konprann otorizasyon sa a volontè. Mwen konprann ke yon fwa yo kominike enfòmasyon sou sante ki deki la a, moun k ap resevwa l la ka rekominike yo epi lwa sou pwoteksyon vi prive federal yo ka pa pwoteje l ankò; men, dapre lwa federal ak lwa eta a respektivman, yo ka entèdi moun k ap resevwa l la rekominike enfòmasyon sou abi sibstans ak VIH/SIDA san konsantman alekri presi moun li konsène a, oswa jan lwa sa yo pèmèt sa fèt. Mwen konprann mwen ka refize siyen otorizasyon sa a epitou si mwen ta refize, sa p ap afekte kapasite pou mwen jwenn tretman, peman, enskripsyon oswa kalifikasyon pou avantaj yo.

8. _____

Pasyan*/Reprezantan Pèsonèl Siyen la	Relasyon ak Pasyan an	Dat	Lè
---	------------------------------	------------	-----------

*Moun non li ekri anwo a pa kapab bay konsantman l paske (tcheke youn): Minè Enkonpetan Lòt (eksplike): _____

Kont: _____ # Dosye Medikal: _____

Moun ki trete fòmilè sa a (ekri non anplwaye/depatman an ak lèt detache): _____

DWE voye fòmilè sa a bay biwo Dosye Medikal la pa lapòs entèn pou tretman.

Ou gen dwa pou yo ba w yon kopi otorizasyon sa a apre ou fin siyen li.

* Yo pral fè peye frè yo pou dosye medikal yo dapre règleman Eta ak règleman Federal ki aplikab yo:
(F.S. 395.3025, F.S. 456.057, 45 CFR ((§164.524)(c)(4)))

