

**UNIVERSAL PATIENT AUTHORIZATION FORM FOR
FULL DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION FOR TREATMENT AND QUALITY OF CARE**

PLEASE READ THE ENTIRE FORM, BOTH PAGES, BEFORE SIGNING BELOW

Name and information of person whose health information is being disclosed. *Nombre e información de la persona cuya información de salud se divulga:*

Name (First Middle Last)/Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Address/ Dirección: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

You may use this form to allow your healthcare provider to access and use your health information. Your choice on whether to sign this form will not affect your ability to get medical treatment, payment for medical treatment, or health insurance enrollment or eligibility for benefits.

By signing this form, I voluntarily authorize, give my permission, and allow use and disclosure:

OF WHAT (QUÉ INFORMACIÓN): ALL MY HEALTH INFORMATION including any information about sensitive conditions (if any).
TODA MI INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD incluso información sobre condiciones delicadas (si aplicable)

FROM WHOM (QUIÉN VA A DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN): ALL information sources.
TODAS las personas o instituciones médicas y de servicios de salud

TO WHOM (QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN): Specific person(s) or organization(s) permitted to receive my information (must be a healthcare provider): *La persona u organización que está autorizada para recibir esta información es la siguiente (tiene que ser un proveedor de atención médica):*

IntelliRad Imaging, LLC – 3661 S. Miami Ave, Suite 1001, Miami, FL 33133

Phone: 305-712-7229 • Fax: 305-397-1139

Upload documents to our encrypted sFTP: <https://www.intelliradimaging.com/files>

PURPOSE: To provide me with medical treatment and related services and products, and to evaluate and improve patient safety and the quality of medical care provided to all patients.

EFFECTIVE PERIOD: This authorization/permission form will remain in effect until my death or the day I withdraw my permission.

REVOKING MY PERMISSION: I can revoke my permission at any time by giving written notice to the person or organization named above in "To Whom."

In addition:

- I authorize the use of a copy (including electronic copy) of this form for the disclosure of the information described above.
- I understand that there are some circumstances in which this information may be redisclosed to other persons [See page 2 for details].
- **I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of my health information that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission.**
- **I have read all pages of this form and agree to the disclosures above from the types of sources listed.**

X _____
Signature of Patient or Patient's Legal Representative Date/Fecha Print Name of Legal Representative (if applicable)

Check one to describe the relationship of Legal Representative to Patient (if applicable):

- Parent of minor (*padre de hijo menor*) Guardian (*Guardián*)
 Other personal representative (*Otro representante personal*)

Explain (*Explique*): _____

Explanation of Form Florida AHCA FC4200-004

“Universal Patient Authorization for Full Disclosure of Health Information for Treatment & Quality of Care”

Laws and regulations require that some sources of personal information have a signed authorization or permission form before releasing it. Also, some laws require specific authorization for the release of information about certain conditions and from educational sources.

“Of What”: includes ALL YOUR HEALTH INFORMATION, INCLUDING:

1. **All records and other information regarding your health history, treatment, hospitalization, tests, and outpatient care. This information may relate to sensitive health conditions (if any), including but not limited to:**
 - a. Drug, alcohol, or substance abuse
 - b. Psychological, psychiatric, or other mental impairment(s) or developmental disabilities (excludes “psychotherapy notes” as defined in HIPAA at 45 CFR 164.501)
 - c. Sickle cell anemia
 - d. Birth control and family planning
 - e. Records which may indicate the presence of a communicable disease or noncommunicable disease; and tests for or records of HIV/AIDS or sexually transmitted diseases or tuberculosis
 - f. Genetic (inherited) diseases or tests
2. **Copies of educational tests or evaluations, including Individualized Educational Programs, assessments, psychological and speech evaluations, immunizations, recorded health information (such as height, weight), and information about injuries or treatment.**
3. **Information created before or after the date of this form.**

“From Whom” includes: **All information sources** including but not limited to medical and clinical sources (hospitals, clinics, labs, pharmacies, physicians, psychologists, etc.) including mental health, correctional, addiction treatment, Veterans Affairs health care facilities, state registries and other state programs, all educational sources that may have some of my health information (schools, records administrators, counselors, etc.), social workers, rehabilitation counselors, insurance companies, health plans, health maintenance organizations, employers, pharmacy benefit managers, worker’s compensation programs, state Medicaid, Medicare and any other governmental program.

“To Whom”: For those health care providers listed in the “TO WHOM” section, your permission would also include physicians, other health care providers (such as nurses) and medical staff who are involved in your medical care at that organization’s facility or that person’s office, and health care providers who are covering or on call for the specified person or organization, and staff members or agents (such as business associates or qualified services organizations) who carry out activities and purpose(s) permitted by this form for that organization or person that you specified. Disclosure may be of health information in paper or oral form or may be through electronic interchange.

“Purpose”: Your signature on this form does NOT allow health insurers to have access to your health information for the purpose of deciding to give you health insurance or pay your bills. You can make that choice in a separate form that health insurers use.

“Revocation”: You have the right to revoke this authorization and withdraw your permission at any time regarding any future uses by giving written notice. This authorization is automatically revoked when you die. You should understand that organizations that had your permission to access your health information may copy or include your information in their own records. These organizations, in many circumstances, are not required to return any information that they were provided nor are they required to remove it from their own records.

“Re-disclosure of Information”: Any health information about you may be re-disclosed to others only to the extent permitted by state and federal laws and regulations. You understand that once your information is disclosed, it may be subject to lawful re-disclosure, in accordance with applicable state and federal law, and in some cases, may no longer be protected by federal privacy law.

Limitations of this Form: If you want your health information shared for purposes other than for treating you or you want only a portion of your health information shared, you need to use Form Florida AHCA FC4200-005 (Universal Patient Authorization Form For Limited Disclosure of Health Information), instead of this form. Also, this form cannot be used for disclosure of psychotherapy notes. This form does not obligate your health care provider or other person/organization listed in the “From Whom” or “To Whom” section to seek out the information you specified in the “Of What” section from other sources. Also, this form does not change current obligations and rules about who pays for copies of records.

Explicación del formulario Florida AHCA FC4200-004

“Formulario de Autorización Universal para Dar a Conocer Información Médica Completa para Tratamiento y Calidad de Cuidado”

Las leyes y los reglamentos requieren que haya un formulario de autorización o un permiso firmado por el paciente antes que ciertas fuentes de información personal sean divulgadas. Además, hay leyes que requieren una autorización específica para dar a conocer información sobre ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

“Qué Información”: incluye TODA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD, INCLUSO:

1. **Todos los registros e información relacionada a su historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas, y atención ambulatoria. Esta información puede referirse a condiciones de salud delicadas (si aplica), que incluye pero no es limitado a las siguientes:**
 - a. Drogas, alcohol, o abuso de sustancia
 - b. Deterioro mental, psiquiátrico, o psicológico, y otro tipo de discapacidad (excluyendo las notas tomadas por un psicoterapeuta como es definido en HIPAA al 45 CFR Parte 164.501)
 - c. Anemia de células falciformes
 - d. Control de natalidad y planificación familiar
 - e. Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles o de enfermedades no transmisibles; pruebas y archivos de VIH/SIDA o de enfermedades de transmisión sexual o de tuberculosis
 - f. Pruebas o enfermedades genéticas (heredadas)
2. **Copias de pruebas o de evaluaciones educacionales, incluso Programas Educativos Individualizados, análisis, evaluaciones psicológicas del habla, inmunizaciones, registros de la salud (como el peso, la altura) e información sobre lesiones o tratamientos.**
3. **Información creada antes o después del día en el cual este formulario fue firmado.**

“Quién Va a Dar a Conocer la Información” incluye: **Todas las fuentes de información** que incluye pero no es limitado a las fuentes medicas y de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo de salud mental, correccional, tratamiento para adicciones, los centros de salud que pertenecen a los Asuntos de los Veteranos, registros del estado y otros programas del estado, todas las fuentes educacionales que tengan parte de mi información médica o de salud (escuelas, administradores de registros, consejeros, etc.), trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación, compañías de seguros, planes de salud, organizaciones de mantenimiento de salud, empleadores, administradores de beneficios de farmacia, programas de compensación a los trabajadores, Medicaid, Medicare, y cualquier otro programa del gobierno.

“Quién Va a Recibir esta Información”: Para los proveedores de atención médica incluidos en esta sección, su permiso también va a incluir médicos, otros proveedores de servicios de salud (como enfermeras), y personal médico de la instalación de tal organización involucrados en su tratamiento y los proveedores de servicios de salud de turno o que están de guardia en lugar de la persona u organización nombradas, y otro personal o agente (como socios de negocios u organizaciones de servicios cualificados) quienes llevan a cabo las actividades y los objetivos permitidos por esta autorización por la organización o persona quien usted ha nombrado. La divulgación de esta información médica puede ser en forma escrita u oral o electrónica.

“Propósito”: Su firma en este formulario no permite que las compañías de seguro tengan acceso a su información con el propósito de negársele el seguro de salud o de pagar sus cuentas. Usted puede hacer tal decisión usando un formulario proporcionado por los aseguradores de salud.

“Revocación de su Permiso”: Usted tiene el derecho de retirar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, con respecto al uso futuro de su información. Esta autorización se revoca automáticamente cuando usted fallezca. Usted debe entender que las organizaciones a las que usted les dio su permiso para tener acceso a su información médico pueden hacer copias o incluir su información en sus propios registros. Estas organizaciones, en muchas circunstancias, no están obligadas a devolver la información que se les proporcionó ni están obligadas a suprimirla de sus propios archivos.

“Nueva Divulgación de Información”: Cualquier información sobre su salud que fue dada a conocer puede ser dada a conocer nuevamente a otras personas e instituciones sólo en la medida permitido por la ley y reglamentos federales y estatales. Usted debe entender que una vez que su información sea divulgada, podrá ser objeto de una nueva divulgación de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen, y en algunos casos, puede que la información ya no sea protegida por la ley federal de privacidad

Las Limitaciones de este Formulario: Si usted desea que su información médica sea dada a conocer con otro propósito que el recibir tratamiento médico o si desea que solamente una parte de su información médica sea dada a conocer, en tal caso usted necesita usar el Formulario Florida AHCA FC4200-007 (Formulario de Autorización Universal Para Dar a Conocer Información Medica Limitada) en vez del presente formulario. Además, el presente no puede ser utilizado para dar a conocer las notas tomadas por un psicoterapeuta. Este formulario no obliga a su proveedor de asistencia médica u otra persona/organización mencionada en las secciones “Quién Va a Dar a Conocer la Información” o “Quién Va a Recibir esta Información” a buscar información que usted ha especificado en la sección “Qué Información” de otras fuentes. Además, este formulario no cambia la obligación del quién debe de pagar los gastos incurridos por copiar los archivos.