

## CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION MÉDICA DE TIPO ALTA o SUPER CONFIDENCIAL

Yo consiento y doy permiso para compartir mi información de records médicos con el propósito de reembolsos, arreglo de referidos u otro cuidado médico, incluyendo el compartir información de tipo alta o super confidencial como VIH/SIDA, infecciones transmitidas sexualmente, uso de sustancias, salud mental, menores embarazadas y condiciones que son reportables al Departamento de Salud. Su decisión de firmar este formulario no afectará su posibilidad de obtener atención médica, pago por atención médica, o inscripción en un plan de seguro de salud o elegibilidad de recibir beneficios.

Además, entiendo que el Florida Community Health Centers, Inc. (FCHC) puede publicar mis resultados de laboratorio u otros documentos en el portal y es mi responsabilidad de mantener la confidencialidad todo el tiempo. No compartiré mi nombre de usuario ni mi contraseña con ninguna otra persona que no tenga derecho de tener acceso a mi cuenta.

Yo rehusó permitir al Florida Community Health Centers, Inc. que comparta mis records de información de tipo alta o super confidencial.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Circule uno) Paciente Padre/Madre Guardián Fecha

Testigo: \_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTE CONSENTIMIENTO ESTARÁ VIGENTE DURANTE MI CUIDADO DE SALUD CON EL FCHC. Yo entiendo que tengo el derecho de modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.**