AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:
Persona/Centro:_____ **Número de teléfono:** _____
Dirección: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A:
Persona/Familia: Florida Department of Health in Okaloosa County **Número de teléfono:** 850-833-9240

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:
_____Recoger en la clínica/el centro
_____Dirección: _____
x Numero de Fax: 850-833-3442
_____Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: (Selección inicial)
_____Registro(s) médico(s) general(es) _____Registros de STD _____Registros de TB _____Antecedentes y resultados
x Vacunas _____Planificación familiar _____Registros prenatales _____Consultas
_____Notas de progreso
_____Informes de pruebas de diagnóstico (especifique el (los) tipo(s) de prueba _____
_____Otro: (especificar)_____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (Selección inicial)
_____Resultados de la prueba de VIH _____Registros de clientes de proveedores de servicios de abuso de sustancias
_____Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas _____Intervención temprana _____WIC

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN:
_____Continuidad del cuidado _____Uso personal _____Otro (especificar) _____

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento): Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los doce (12) meses de la fecha en que se firmó.

NUEVA DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla, y es posible que la información no esté protegida por las leyes o las normas federales de privacidad.

CONDICIONAMIENTO: Entiendo que la decisión de completar este formulario de autorización es voluntaria. Estoy al tanto de que no se me negará el tratamiento si me rehúso a firmar este documento.

REVOCACIÓN: Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

_____ _____
Firma del Cliente/Representante Legal Fecha

_____ _____
Nombre en imprenta Relación del Representante Legal con el Cliente

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder notarial, formulario de apoderado para atención médica, orden, nombramiento de tutor, orden de designación de representante personal, cartas de administración).

Nombre del cliente: _____
ID#: _____
Fecha de nacimiento: _____

Original: Al archivo **Copia:** Al cliente **Copia:** Adjunta a la divulgación