

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Centro: Florida Department of Health in Okaloosa County Número de teléfono: 850-833-9240
Dirección: 221 Hospital Dr NE, Ft Walton Beach, FL 32548

LA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A:

Persona/Familia: _____ Número de teléfono: _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:

____ Recoger en la clínica/el centro
____ Dirección: _____
____ Numero de Fax: _____
____ 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) ____ Registros de STD ____ Registros de TB ____ Antecedentes y resultados general(es)
____ Vacunas ____ Planificación ____ Registros prenatales ____ Consultas familiar
____ 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