AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Al completar y firmar este formulario, doy permiso al Departamento de Salud de Florida para que libere todos los registros que he seleccionado inicializándolos, tal y como se mantiene en su Sistema de Gestión de Salud y otros sistemas de datos de clientes. Los registros pueden incluir información de uno o más departamentos de salud del condado donde he recibido servicios.

SE PUEDE DIVULGAR INFORMACIÓN A:
Persona/Instalación: _____ Teléfono #: _____
Fax #: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:
Persona/Instalación: _____ Teléfono #: _____
Fax #: _____

Dirección: _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:
_____ Recogida en la clínica/centro
_____Correo (dirección para enviar registros): _____
_____Fax #: _____
_____Dirección de correo electrónico: _____
(Ten en cuenta que enviar correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

INFORMACIÓN A DIVULGAR: (**Selección inicial**)
_____Historial médico general, incluyendo ETS y tuberculosis _____Notas de progreso _____Historia y resultados físicos
_____ Inmunizaciones _____Planificación familiar _____Registros Prenatales _____Consultas
_____ Informes de pruebas diagnósticas (Especificar Tipo(s) de prueba(s)) _____
_____ Otros: (Especificar): _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (**Sección inicial**)
_____ Resultados de pruebas de VIH para fines no relacionados con el tratamiento _____ Registros de clientes de los proveedores de servicios de abuso de sustancias
_____ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas _____Intervención temprana _____WIC

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:
_____Continuidad de la atención _____Uso personal _____Otros (especificar)

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización expirará (insertar fecha o evento) _____. Entiendo que si no especifico una fecha o evento de caducidad, esta autorización expirará doce (12) meses desde la fecha en que fue firmada.

DIVULGACIÓN: Entiendo que, una vez que se divulga la información anterior, puede ser divulgada por el destinatario y que la información no estará protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

CONDICIONAMIENTO: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Sé que el tratamiento no será denegado si me niego a firmar este formulario.

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo derecho a 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 historiales médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya publicado 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 impreso del cliente Fecha de nacimiento Relación del Representante Legal con el Cliente

Si eres representante legal de la persona cuya información solicitas, debes aportar documentación que demuestre tu autoridad legal para solicitar dicha información (por ejemplo, poder notarial, formulario de sustitución sanitaria, orden o nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal y cartas de administración).

Original: Para presentar Copia al cliente