



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: Florida Department of Health in Charlotte County

Teléfono #: 941-624-7200

Fax #: 941-624-7202

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