



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: Florida Department of Health in Charlotte County

Teléfono #: 941-624-7200

Fax #: 941-624-7202

Dirección: 1100 Loveland Blvd., Port Charlotte, FL 33980

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