

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO PIMA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Descripción del Propósito de la Divulgación: Petición del Paciente

Otra Razón (Describe abajo):

INFORMACIÓN SOLICITADA POR:

NOMBRE:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:

ENVIAR INFORMACIÓN MÉDICA A:

NOMBRE:			
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO:	APELLIDO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO:
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE:		MR#:	

INFORMACIÓN SOLICITADA:

INICIALES DEL PACIENTE EN ÁREAS A SER DIVULGADAS:		
<input type="checkbox"/> HISTORIA/FÍSICO	<input type="checkbox"/> NOTAS DE PROGRESO	<input type="checkbox"/> OTRO: _____
<input type="checkbox"/> RESULTADOS DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/> DROGAS/ALCOHOL	
<input type="checkbox"/> RAYOS X	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/> PLAN DE TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	
<input type="checkbox"/> PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<input type="checkbox"/> COLPOSCOPÍA	
<input type="checkbox"/> ETS	<input type="checkbox"/> WIC	

ENTIENDO QUE ESTA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN RELACIONADA A LO SIGUIENTE Y CONCUERDO A QUE SEA DIVULGADA AL MENOS QUE INDIQUE QUE NO.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	SIDA (SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) O VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA)
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	CUIDADOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	CONSEJERÍA GENÉTICA, EXÁMENES

Entiendo que una agencia con cobertura no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad al obtener esta autorización, excepto dónde la ley federal prohíba tal condición.

Entiendo que, si la agencia autorizada a recibir la información de salud no es un plan de salud o un proveedor médico, pueda que la información divulgada ya no esté protegida por regulaciones federales de privacidad y pueden ser sujetas a ser divulgadas de nuevo.

Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida de que se hayan tomado acciones basadas en la autorización. Las instrucciones para la revocación se encuentran en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado Pima. Esta autorización se expirará a un año de la fecha de hoy, o en la siguiente fecha o evento: _____

FIRMAS:

PACIENTE:	FECHA DE LA FIRMA:
REPRESENTANTE AUTORIZADO LEGALMENTE:	
RELACIÓN CON EL PACIENTE:	