



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA

POR: Persona / Institución: DOH Hernando County Health Department
Dirección: 7551 Forest Oaks, Spring Hill Fl 34606

Telefono: 352-540-6800
Numero de Fax: 352-688-5097

ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona / Institución:
Dirección:
Otro metodo de comunicación:

INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

- Historial Clinico General, incluyendo ETS y TB
Notas de Progreso
Historial medico y Resultados de los Exámenes Físicos
Vacunas
Planificación Familiar
Archivos Prenatales
Consultas Medicas

Informe de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba)

Otros: (Especificar)

Expreso aqui mi consentimiento para dar a conocer informacion relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

- Resultados de examen del VIH no hechos para propósito de tratamiento
Expediente de Abuso de Substancia
Intervención Temprana
WIC
Notas Psiquiatrias, Psicológicas o de Psicoterapia

PROPOSITO DE LA DIVULGACION:

Continuar tratamiento medico
Uso Personal
Otro (especificar)

FECHA DE EXPIRACION: Esta autorización expira (ponga fecha o acontecimiento) - Yo entiendo que sino especifico fecha de expiración o algun acontecimiento, esta autorización expirara en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACION: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, esta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibí y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me sera negado si yo me rehusa firmar este formulario.

ANULACION: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, esta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clinico. Tambien entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Escriba su Nombre

Relación del Representante Legal con el Cliente

Testigo

Fecha

Client Name:

ID#:

DOB: