



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Centro: _____ Número de teléfono _____

Dirección: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Centro: _____ Número de teléfono _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:

____ Recoger en la clínica/centro

____ Dirección: _____

____ Número de fax: _____

____ Dirección de correo electrónico: (tenga en cuenta que el correo electrónico puede no ser un método de comunicación seguro)

INFORMACIÓN PARA DIVULGAR:

____ Antecedentes médicos generales, incluidos ETS y tuberculosis ____ Notas de progreso ____ Planificación familiar

____ Registros prenatales ____ Otro: (especifique) _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (coloque sus iniciales en la selección)

____ Resultados de pruebas de VIH para fines no relacionados con el tratamiento

____ Registros de clientes de proveedores de servicios de abuso de sustancias

____ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas ____ Intervención temprana

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

____ Continuidad de la atención ____ Uso personal ____ Otro: (especificar) _____

FECHA DE VENCIMIENTO: esta autorización vence el (indique la fecha o evento) _____. Entiendo que si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

REDIVULGACIÓN: entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el beneficiario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o reglamentaciones federales de privacidad.

CONDICIONAMIENTO: entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que no se me negarán los servicios 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 a la Agencia. 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



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre en letra de imprenta

Relación del representante legal con el cliente

Testigo (opcional)

Fecha

Si usted es representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que acredite su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder notarial, formulario de representante de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).

Nombre del cliente: _____

Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Administrador de casos: _____