



### Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del paciente/Individuo: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Num. teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado/Zona postal: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ (Departamento) a entregar todo mi/ \_\_\_\_\_ (Nombre) expediente medico a \_\_\_\_\_ (médico/agencia), según se especifica a continuación:

**Favor de Colocar Sus Iniciales Según Aplique:**

_____ Iniciales	Evaluación neurológica	_____ Iniciales	Evaluación auditiva	_____ Iniciales	Historial social/dewsarrollo
_____ Iniciales	Notas de sicoterapia	_____ Iniciales	Educacion individual Plan de apoyo / familia	_____ Iniciales	Expediente HIV/AIDS
_____ Iniciales	Expediente médico	_____ Iniciales	Plan de rehabilitación	_____ Iniciales	Evaluación del habla/ lenguaje
_____ Iniciales	Psiquiátrico / psicológico Registros (evaluación, Tratamiento, plan de atención y alta)	_____ Iniciales	Registros de tratamiento de abuso de alcohol y / o drogas (evaluación, plan de tratamiento, plan de asistencia, plan de alta)		

\_\_\_\_\_ Otro (sea específico): \_\_\_\_\_

Entiendo que el Condado de Hillsborough está comprometido a proteger mi información de salud personal bajo las Reglas de Privacidad y Seguridad de HIPAA 45 C.F.R. §§ 164.103, 164.105.

Entiendo que puedo seleccionar qué información se puede divulgar colocando mis iniciales en el área provista. La PHI es confidencial y está protegida por las reglamentaciones federales, que prohíben una divulgación adicional sin mi autorización específica por escrito o según lo permitan las leyes federales y estatales.

Entiendo que esta autorización puede revocarse mediante notificación por escrito al proveedor de atención médica, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización se puede revocar escribiendo o enviando un fax al Condado y especificando la fecha en que se firmó esta autorización. Esta autorización vencerá un año después de la fecha de hoy, a menos que se indique una fecha de vencimiento o evento.

Fecha de vencimiento / evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma con apellidos del paciente, padre o encargado legal\*

\_\_\_\_\_  
Fecha nac. paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de autorización

\_\_\_\_\_  
Traductor/Intérprete, si alguno, (Nombre, dirección y número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
Tipo de identificación presentada

\_\_\_\_\_  
Fecha de expiración

For internal use only Date Received: _____ Recipient: _____
---