



**Hillsborough
County Florida**

Autorización de paciente

Autorización de paciente del Condado de Hillsborough para usar y divulgar información de salud protegida (PHI)

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Al firmar esta Autorización, por la presente ordeno el uso o divulgación por el Departamento de _____ del Condado de Hillsborough de cierta información de salud protegida (PHI) perteneciente al paciente mencionado arriba. Esta Autorización se refiere a la siguiente información sobre el paciente:

Esta información puede ser utilizada o revelada por el Departamento de _____ del Condado de Hillsborough y puede ser revelada a:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento de _____ del Condado de Hillsborough ya haya actuado en relación a esta Autorización. Para revocar esta Autorización, entiendo que debo hacerlo por medio de una solicitud por escrito al Departamento de _____ del Condado de Hillsborough Condado, Oficial de enlace de HIPAA del Departamento:

Tampa, FL 33601

_____@hillsboroughcounty.org

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará sujeta a las protecciones de privacidad establecidas por la ley.



Hillsborough County Florida

Entiendo que mi autorización por escrito no es requerida para que el Departamento de _____ del Condado de Hillsborough use mi información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se va a usar o divulgar como parte de esta Autorización. La Autorización está siendo solicitada por el Departamento de _____ del Condado de Hillsborough para los siguientes propósitos:

El uso o divulgación de la información solicitada si ___ / no ___ dará lugar a una remuneración directa o indirecta al Departamento de _____ del Condado de Hillsborough de un tercero.

Reconozco que he leído las disposiciones de la Autorización y que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización. Comprendo y acepto sus términos.

Esta autorización expira el: _____ (fecha o evento).T

Firma: _____ **Fecha:** _____

Información de representante personal (si el que firma no es el paciente):

Nombre: _____

Relación con el paciente (padre, encargado legal, etc.): _____

Describa la autoridad del representante personal:

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____