

# Autorización Para Usar o Revelar Información de Salud Protegida

## Sección 1

1A.	_____	1B	_____
	Nombre del Paciente		Name of CHC Treating Facility
	_____		_____
	Dirección		Address
	_____		_____
	Ciudad, Estado, Código Postal		City, State, Zip Code
	_____		
	Numero de Seguro Social o Fecha de Nacimiento		

2. **Autoriza (marque uno):**  
\_\_\_\_\_ **CHC para Liberar Información de Salud Protegida a:**  
\_\_\_\_\_ **Liberación de Información de Salud Protegida a CHC de:**

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico/ Plan/ Otro

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal

(La información enviada a CHC debería ser dirigida al centro en la sección (1B), Atención: Medical Records).

### 3. Información Que Será Liberada

_____	Historial Medica	_____	Consultas Médicas
_____	Examen, Reportes	_____	Recetas
_____	Tratamiento o Pruebas	_____	Archivos de Hospital e Informes
_____	Inmunizaciones	_____	Registro Entero
_____	Reportes de Radiografías	_____	Otro (especificar)
_____	Informes de Laboratorio	_____	_____

### 4. Razón por la Revelación (marque las categorías apropiadas)

_____	Asistencia Médica Adicional	_____	Investigación Legal o acción
_____	Elegibilidad / ventajas de Seguros	_____	Otro (especificar)
_____	Cambio de Médico	_____	_____

5. Conforme a Estatutos de Florida, se requiere un permiso especial para liberar información privilegiada, por favor indique los archivos privilegiados que podrán ser liberados:  
**(Iniciales requeridas)**

\_\_\_\_\_ Información psiquiátrica 394.459(9)  
\_\_\_\_\_ Información de Abuso de alcohol o drogas 397.053 y 396.112  
\_\_\_\_\_ Información del virus de Inmunodeficiencia Humano / SIDA 381.609(2)

**Página dos**

**Autorización Para Usar o Revelar Información de Salud Protegida**

6. **Autorización para el período de:** \_\_\_\_\_

7. **Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Autorización por una sola vez:** \_\_\_\_\_

**Sección B:**

**Entiendo que esta autorización puede ser revocada con aviso escrito a:**

*Diane DelPazzo, Privacy Officer, Community Health Centers, Inc., 110 South Woodland Street, Winter Garden, Florida 34787.*

Ninguna revelación adicional será hecha en cuando el aviso de revocación sea recibido, excepto la acción ya tomada sobre esta autorización.

También entiendo que yo debería ponerme en contacto inmediatamente con él medico/ plan/ otro, si deseo revocar mi autorización de revelar mi información de salud protegida a CHC, para asegurar que la información no sea liberada a CHC.

He tenido una oportunidad de examinar y entender el contenido de esta forma de autorización. Firmando esta autorización, confirmo que esto refleja mis deseos. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o sacar copias de la información de salud que he autorizado a ser usado o revelado por esta forma de autorización, enviando una petición escrita al *Privacy Officer* de CHC, y que tengo el derecho a una copia de esta forma de autorización.

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Paternal/ Representante Legal (Firma por completo)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Autorización

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

\_\_\_\_\_  
Si no es el paciente- declare la relación al paciente o autoridad para firmar

\_\_\_\_\_  
Tipo de Identificación presentada