



Community Health Centers, Inc.
 110 S Woodland St
 Winter Garden, FL 34787
 (407) 905-8827 (352) 314-7400
 WWW.CHCFL.ORG

Autorización del Paciente para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad Estado Codigo Postal

Por favor Seleccione localidad/numero de fax:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apopka Family – (407) 886-4282 | <input type="checkbox"/> Lake Ellenor – (407) 855-8882 | <input type="checkbox"/> Groveland – (352) 429-5606 |
| <input type="checkbox"/> Apopka Children – (407) 886-3822 | <input type="checkbox"/> Leesburg – (352) 360-0762 | <input type="checkbox"/> Tavares – (352) 742-3264 |
| <input type="checkbox"/> Bithlo – (321) 221-2043 | <input type="checkbox"/> Meadow Woods – (321) 221-1057 | <input type="checkbox"/> Winter Garden – (407) 654-4079 |
| <input type="checkbox"/> Forest City – (407) 660-1667 | <input type="checkbox"/> Pine Hills – (407) 209-3220 | |

Autorizo la Divulgación de Información de Salud Protegida a CHC De Parte De:

Nombre del Proveedor de Cuidado de la Salud/Plan/Otros Número de Teléfono Número de Fax

Dirección Ciudad Estado Codigo Postal

Información que puede Divulgar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia sobre el Examen Médico, Informes | <input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Registro Completo |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos o Pruebas | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones/Vacunas | <input type="checkbox"/> Recetas | |
| <input type="checkbox"/> Informes de Rayos X | <input type="checkbox"/> Registros y Informes del Hospital | |

Propósito de la Divulgación (marque categorías apropiadas):

- Atención Médica Adicional Cambio de Médicos Otro (Especifique): _____

Conforme a los Estatutos de la Florida, que requiere permisos especiales para divulgar información privilegiada de lo siguiente, por favor, libere los registros relativos a (Requiere Iniciales):

- VIH / SIDA Salud Mental Enfermedades genéticas/pruebas de ADN
 STD Droga y/o Abuso de Alcohol

Entiendo que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de los registros designados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica y / o abuso de alcohol / drogas, y / o el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y / o puede incluir el resultado de una prueba del VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Doy mi consentimiento para la liberación de la información según lo señalado anteriormente, a menos que alla iniciado o que sea requerido por la ley. La autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico un evento de expiración o condición, la autorización se vencerá en un año. Entiendo que esta autorización es revocable mediante notificación por escrito a la oficina donde se retiene la autorización original, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en esta autorización. He tenido la oportunidad de analizar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleje con precisión mis deseos. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para ser utilizada o revelada por esta forma de autorización, mediante el envío de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de CHC, y que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización. Privacy Officer, Community Health Centers, Inc., 110 South Street Woodland, Winter Garden, Florida 34787.

Paciente/Padre/Representante Legal (Firma Completa) Fecha de Autorización

Escriba nombre Dirección número de teléfono

Si no es el paciente, la relación con el paciente o la autoridad para firmar Tipo de identificación presentad