



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 \_\_\_\_\_ Código 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 \_\_\_\_\_ Código 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 \_\_\_\_\_