FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: _____ **Teléfono** _____

Dirección: _____ **Número de Fax:**_____

ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Institución: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Número de Fax:** _____

Otro método de comunicación: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

_____ Historial Clínico General, incluyendo ETS y TB _____ Notas de Progreso ___ Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos
_____ Vacunas ____ Planificación Familiar _____ Archivos Prenatales _____ Consultas Médicas
_____ Informes de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba) _____
_____ Otros: (Especificar) _____

Expreso aquí mi consentimiento para dar a conocer información relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

___Resultados de examen del VIH no hechos para propósito de tratamiento
___Expediente de Abuso de Sustancia ____Notas Psiquiatrías, Psicológicas o de Psicoterapia
___Intervención Temprana ___ WIC

PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:

_____ Continuar tratamiento médico _____ Uso Personal _____ Otro (especificar) _____

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización expira (ponga fecha o acontecimiento) _____. Yo entiendo que si no especifico fecha de expiración o algún acontecimiento, esta autorización expirará en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me será negado si yo me rehuso a firmar este formulario.

ANULACIÓN: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, ésta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

_____ _____
Firma del Cliente/Representante Legal Fecha

_____
Escriba su Nombre Relación del Representante Legal con el Cliente

_____ _____
Testigo Fecha

Client Name: _____
ID#: _____
DOB: _____

DH 3203, 0109
Stock Number: 5744-000-3203-1

Original to File**, Copy** to Client, **Copy** to accompany disclosure