



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: Florida Department of Health in Pinellas County **Teléfono** 727-824-6900
Dirección: 205 Dr. Martin Luther King Jr St N St. Petersburg Fl 33701 **Número de Fax:** 727-820-4273

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 Substancia _____ 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 rehúso 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