



Public Health

District 2

Gainesville, GA

Nombre del Individuo / Consumidor/ Paciente / Solicitante	
Fecha de nacimiento	
Número de computador	Número de planilla médica

AUTHORIZACIÓN PARA PODER REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, por presente testamento autorizo y pido que: _____
(Nombre de la persona o la agencia que pide información médica)

(Dirección)

obtenga de: _____
(Nombre de la persona o la agencia que tiene información médica)

(Dirección)

Parte de la información médica que se debe revelar:

() Toda la planilla médica (esto incluye el permiso específico para revelar todos los archivos y toda la otra información relacionada con: los apuntes psicológicos, apuntes sobre el abuso de drogas o del alcohol, el SIDA e información sobre las enfermedades transmitidas sexualmente, todos los informes de laboratorio de radiografías, informes de consulta, y otros informes de pacientes externos)

() Otra información (detalles) : _____

Con el propósito de: _____

Yo entiendo que el Reglamento Federal de Privacidad (HIPAA) no protege la privacidad de información ya dada al público, y por eso pido que toda la información obtenida por esta persona o agencia quede completamente confidencial y que no la revele la organización que ya la ha recibida. También entiendo que mi elegibilidad para recibir los beneficios, el tratamiento, o el pago de mi cuenta no se basa en el hecho de dar o no dar esta autorización. Es mi intención que este documento sea una autorización válida conforme al Reglamento de Privacidad y que se quedará en efecto esta autorización mía hasta: (Indique uno)

Noventa (90) días a menos de que indique alguna fecha diferente aquí: _____

Un (1) Año (Fecha)

El período de tiempo necesario para completar todos los trámites relacionados con los servicios de que me proveerán.

Entiendo que a menos de que exista una restricción estatal o federal, y excepto en el caso de la acción que ya se haya tomado basada en esta autorización, yo puedo renunciar esta autorización en cualquier momento.

(Fecha)

(Firma de la Persona/Consumidor(a)/Paciente/Solicitante)

(Firma del/de la Testigo) (Título o parentesco con la persona)

(Firma del padre/madre o de otro representante legalmente (Fecha) autorizado, si se aplica)

UTILICE ESTE ESPACIO SOLAMENTE EN CASO DE RENUNCIAR LA AUTORIZACIÓN

(Fecha de renunciar esta autorización)

(Firma de la persona o de su representante legal)