



Macon County Public Health

Autorización para Usar y Divulgar información medica

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a la Salud Publica del Condado de Macon a **solicitar / divulgar** (circule uno) Información Medica Protegida. Esta información puede ser usada por o divulgada a la siguiente organización:

A/DE Salud Publica del Condado de Macon 1830 Lakeside Drive Franklin, North Carolina 28734 Teléfono: _____ FAX: (828) 524-6154	A/DE Nombre: _____ Domicilio: _____ _____ Teléfono: _____ FAX: _____
---	--

El tipo de información que será usada o divulgada es lo siguiente (marque las cajillas que usted desea divulgar/solicitar incluya otra información donde sea indicado):

<input type="checkbox"/> Todos servicios ocurridos en los últimos 3 años <input type="checkbox"/> Expediente completo <input type="checkbox"/> Record de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Listado de alergias <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Información Demográfica	<input type="checkbox"/> Historial más reciente/Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Resumen de alta más Reciente <input type="checkbox"/> Record prenatal <input type="checkbox"/> Listado de medicinas actuales <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Información Financiera <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---

Yo entiendo que la información en mi expediente medico puede incluir información relacionada a (marque solo las cajillas que usted quiere divulgar/solicitar).

<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) <input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)
--	---

La información por la cual estoy autorizando divulgación será usada para el siguiente propósito:

Continuación de Cuidado

Otro (por favor describa): _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento. Yo entiendo que si revoco esta autorización, yo debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación al Departamento de Record Médicos. Yo entiendo que la revocación no aplicará a información que ha sido divulgada por consiguiente a esta autorización.

Yo entiendo que puedo rechazar a firmar esta autorización. Además entiendo que La Salud Publica del Condado de Macon no puede negar o rechazar tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para recibir beneficios si yo rechazo a firmar esta autorización.

Yo entiendo que, cuando la información es divulgada conforme a esta autorización, es posible que no sea más protegida por la ley federal de privacidad médica y puede ser divulgada otra vez por la persona o agencia que la recibe. Yo entiendo que La Salud Publica de Condado de Macon puede recibir compensación por su uso/divulgación de la información divulgada siguiente a esta autorización. Esta autorización vencerá 12 meses de la fecha en que fue firmada a menos que otra cosa sea especificada.

Firma del paciente/Representante legal (relación)

Fecha

Firma del testigo Requerida cuando la firma anterior es con la marca (X)

Fecha

S: Admin misc/release of information

11/2017

This authorization complies with 45 C.F.R. Statute 164.508 (and HIPAA Rule 45 CFR, part 160 & 164)