



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:

Persona/Centro: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: Rita J. Cianfrocco, BCC Regional Program Manager Teléfono: 386-326-3281

MÉTODO DE REVELACIÓN:

Se recoge en la clínica/centro

Dirección: DOH-Putnam County, 2801 Kennedy Street, Palatka, FL 32177

Fax: 386-643-6677 Secure Fax

Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)

Rita.Cianfrocco@flhealth.gov | Do Not Email Sensitive Information

INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: (Selección inicial)

- Registros médicos generales
- Registros de enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Registros de tuberculosis (TB)
- Historial y resultados físicos
- Vacunas
- Planificación familiar
- Registros prenatales
- Consultas
- Notas de progreso

Informes de pruebas de diagnóstico (especificar el tipo de pruebas) All breast and cervical screenings, diagnostics, imaging and labs.

Otro: (especificar) FBCC/CDC/Florida Department of Health in Putnam County and Central Office, Tallahassee, FL| Consent to Contact by phone or email.

Autorizo específicamente la revelación de la información relacionada con: (Selección inicial)

- Resultados de pruebas de VIH
- Expedientes del cliente del proveedor de servicios por abuso de sustancias
- Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas
- Intervención temprana
- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN:

Continuidad de la atención Uso personal Otro (especificar) Provider Reimbursement and Management by FBCC Program.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (anotar la fecha o evento) _____. Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se firmó.

NUEVA REVELACIÓN: Entiendo que después de que se revele la información indicada arriba, quien reciba la información puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y normativas federales de privacidad.

CONDICIONES: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Comprendo que no se me negará el tratamiento si no firmo este formulario.

REVOCACIÓN: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se reveló en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del cliente o su representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del representante legal con el cliente

Si usted es el representante legal de la persona cuya información está pidiendo, debe presentar los documentos que prueben su autoridad legal para hacerlo (por ejemplo: poder, formulario de designación de sustituto para decisiones de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).

Nombre del cliente: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

Fecha de nacimiento: _____

Original: para archivo **Copia:** para cliente **Copia:** Para adjuntar a la Revelación