

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, # \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo  
NOMBRE DEL PACIENTE RESERVA No. o SS No. FECHA DE NACIMIENTO

Nombre: \_\_\_\_\_ para divulgar la siguiente información médica protegida específica del rango de fechas de  
(DD/MM/AAAA) Fecha: \_\_\_\_\_ a (DD/MM/AAAA) Fecha: \_\_\_\_\_ este especificado

Nombre \_\_\_\_\_ Corre electrónico electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_.

**Descripción de la información que debe divulgarse:**

**TODOS** los registros electrónicos de salud archivados (dentro del rango de fechas anterior)

**\*\* Los registros de salud relacionados con enfermedades transmisibles, condiciones de VIH, alcohol, abuso de drogas, salud conductual, salud mental y tratamiento deben seleccionarse a continuación y el paciente debe Firmar este comunicado como verificación de su consentimiento personal para divulgar estos registros de salud protegidos.**  
[45 C.F.R. 164.508©(1)(i)]

Información relacionada con enfermedades transmisibles / VIH  Información relacionada con el abuso de alcohol o drogas  
 Salud conductual / Diagnóstico de salud mental / Información de tratamiento

**O**

**Seleccione registros específicos a continuación** (dentro del rango de fechas anterior)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación de la salud de admisión y evaluación | <input type="checkbox"/> Registros OB   |
| <input type="checkbox"/> Resumen de lanzamiento/transferencia            | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio   |
| <input type="checkbox"/> Crónicas y notas de progreso                    | <input type="checkbox"/> (Otro) _____   |
| <input type="checkbox"/> Consultar Notas                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Registros hospitalarios/externos                | <b>REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE:</b>  |
| <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos                       | <input type="checkbox"/> <b>Salud conductual/Diagnóstico de salud mental/Información de tratamiento</b> |
| <input type="checkbox"/> Informes de imágenes                            | <input type="checkbox"/> <b>Información relacionada con enfermedades transmisibles</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Fotos clínicas                                  | <input type="checkbox"/> <b>Información relacionada con el abuso de alcohol o drogas</b>                |
| <input type="checkbox"/> Dentales (incluyendo radiografías) de recepción |   |

**Los pacientes liberados** pueden obtener una impresión única de las vacunas actuales y la prescripción de exámenes oculares para fines de transición comunitaria sin costo alguno.

TB/PPD solo  Eye prescripción de examen

**Describe los propósitos no penales de la divulgación si no son investigación o enjuiciamiento penal:**

Atención continua al paciente  Liberación compasiva  Otros (especificar) \_\_\_\_\_

- Entiendo que puedo revocar esta autorización escribiendo a Correctional Health Services Health Information Management, en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. Esta autorización expirará trescientos sesenta y cinco (365) días después de la fecha de esta firma.
- Entiendo que los Servicios de Salud Correccional no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si firmo esta autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
- Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero a los Servicios de Salud Correccional, sus empleados, funcionarios y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Si el paciente no puede dar su consentimiento debido a su condición física o edad, complete lo siguiente:

El paciente es menor de edad ( \_\_\_\_\_ año de edad) o no puede dar su consentimiento porque \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre/tutor/POA \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

**PROHIBICIÓN DE RE-DIVULGACIÓN:** Si la información divulgada se relaciona con el tratamiento del abuso de sustancias, la confidencialidad de estos registros está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben cualquier divulgación adicional sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para divulgar registros de abuso de sustancias. La Regla Federal restringe cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de sustancias. Las leyes estatales también pueden proteger la confidencialidad de los registros de los pacientes.

Tarifas: COPIAS ELECTRÓNICAS: Tarifa plana de \$6.50 para solicitudes estándar de registros mantenidos y enviados electrónicamente. COPIAS EN PAPEL: \$10.00/primeras 10 páginas y \$0.50/página para páginas adicionales producidas.

*Solo para uso de oficina:* la tarifa por los registros que solicitó es de \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ páginas. Envíe Uno cheque de caja cheque comercial o giro postal pagadero a MARICOPA COUNTY CORRECTIONAL HEALTH SERVICES. No se aceptarán cheques personales.