

Autorización para Compartir Información de Salud Protegida

Completar este formulario consituye autorización para compartir información de salud protegida, en la manera que se describe en la parte inferior de este formulario, consistente con las Leyes y Reglamentos Federales y del Estado de California. **Yo tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.**

APPELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
------------------------	---------------	----------------	---------------------

CALLE	CIUDAD	CODIGO POSTAL	TELEFONO
-------	--------	---------------	----------

Yo, con mi firma, autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado Imperial que compartir información de salud con:

PROVEEDOR/ORGANIZACIO/PERSONA

ATENCION	TELEFONO	FAX
----------	----------	-----

DOMICILIO

CIUDAD	ESDADO	CODGIO POSTAL
--------	--------	---------------

Yo comprendo que el proveedor, organización o la person designado en este formulario para recibir mi información de salud no puede darle otro uso o compartir mi información de salud protegida a menos que se obtenga otra autorización por mi o a menos que tal uso o divulgación este requerido o permitido por la ley.

Información de salud que se compartirá: _____

Uso y limitación de la información de salud que se compartirá: _____

Fecha de Vencimiento: A menos que sea anulada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha: _____

Si no indica una fecha de vencimiento, esta autorización se vencerá después de un (1) año que se haya firmado.

Revocación: Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando un aviso al Departamento de Salud Pública del Condado Imperial. Mi revocación entrara en vigor al ser recibida, pero no afectara la información que ya haya compartido en base a esta autorización.

FIRMA	RELACION	FECHA
-------	----------	-------

Relación debe ser una de las siguientes: Paciente/Padre/Tutor Legal/Representante Personal