

AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DE SALUD

Departamento de Salud del Condado de Hamilton – Chattanooga
921 East 3rd Street, Chattanooga, TN 37403

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código de Area

FAVOR ENVIE INFORMACION A: Favor de ser específico(a)

Nombre de la persona o de la organización: _____

Dirección: _____

LA INFORMACION SERA ENVIADA POR: Favor de ser específico(a)

Nombre / Organización: _____

Dirección: _____

RAZON POR LA CUAL SE ENVIARA LA INFORMACION:

Continuation de cuidado Especialista Uso personal Otro _____

INFORMACION QUE SERA ENVIADA:

- Registros médicos de los últimos dos años
- Registro médico completo
- Solamente el registro de inmunizaciones
- Otro _____
- Envíe los registros de las siguientes fechas: desde _____ hasta _____

La fecha de vencimiento de esta autorización es _____. Si no hay una fecha específica de vencimiento, esta autorización caducará seis meses después de la fecha que el paciente haya firmado la misma, o su representante. Entiendo que si la información médica no ha sido enviada, yo puedo revocar la misma de forma escrita en cualquier momento. Comprendo también que el tratamiento que se me ha brindado en este centro de salud no está basado en la firma de este documento. Entiendo que cuando esta información sea enviada, estará sujeta a ser revelada y no estará protegida por el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad para el Seguro de Salud (HIPPA) 1996.

Firma _____ **Fecha:** _____

Relación o parentesco con el paciente _____ **Testigo:** _____
(Si el paciente es menor de edad)

CONSENTIMIENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION ESPECIFICA:

La firma, localizada en la parte posterior, autoriza enviar información concerniente con exámenes, diagnósticos y tratamientos para:

- VIH / SIDA Enfermedades Venéreas (transmitidas sexualmente) Problemas Mentales
- Abuso de Sustancias Planificación Familiar / Cuidado Anticonceptivo

Firma _____ **Fecha:** _____

Relación o parentesco con el paciente _____ **Testigo** _____
(Si el paciente es menor de edad)