

AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DE SALUD

Departamento de Salud del Condado de Hamilton – Chattanooga

921 East 3rd Street, Chattanooga, TN 37403

Teléfono: (423) 209-8209 Fax: (423) 209-8210

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código de área

NÚMEROS TELEFÓNICOS Casa: _____ **Celular:** _____

ENVIE INFORMACIÓN A: (favor de ser específico(a))

Nombre / Organización: _____

Dirección: _____

LA INFORMACIÓN SERÁ ENVIADA POR: (favor de ser específico(a))

Nombre / Organización: _____

Dirección: _____

RAZÓN POR LA CUAL SE ENVIARÁ LA INFORMACIÓN:

Continuasión de cuidado Especialista Uso personal Otro _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ ENVIADA:

- Registros médicos de los últimos dos años
- Registro médico completo
- Solamente el registro de inmunizaciones/vacunación
- 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 legal. 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:** _____

Nombre de la persona que firmó: _____

Relación con el paciente (si no es el paciente) _____ **Testigo** _____

CONSENTIMIENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION ESPECÍFICA:

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

- VIH / SIDA Enfermedades de transmisión sexual Salud mental
- Abuso de sustancias Planificación familiar / Cuidado anticonceptivo

Firma _____ **Fecha:** _____

Nombre de la persona que firmó: _____

Relación con el paciente (si no es el paciente) _____ **Testigo** _____