

**AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO DE INFORMACION DE SALUD**

Departamento de Salud del Condado de Hamilton – Chattanooga

921 East 3<sup>rd</sup> 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:**

Continuation 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** \_\_\_\_\_