South Central Public Health District

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Burley Office
2311 Parke Ave., Unit 4
Burley, ID 83318
208-678-8221
Fax: 208-678-7465
WIC: 208-678-8608

Gooding Office
255 North Canyon Dr.
Gooding, ID 83330
208-934-4477
Fax: 208-934-8558

Bellevue Office
117 E. Ash St.
Bellevue, ID 83313
208-788-4335
Fax: 208-788-0098

Jerome/Shoshone Office
951 East Avenue H
Jerome ID 83338
208-324-8838
Fax: 208-324-9554
WIC: 208-324-1323

Twin Falls Office
1020 Washington St. N.
Twin Falls, ID 83301-3156
208-737-5900
Fax: 208-736-3009

Fecha: _____

Éste documento autoriza la divulgación de información médica sobre_____
(Nombre completo del cliente)

Fecha de nacimiento: _____ que sea liberada por: _____
(Nombre de proveedor medico)

_____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Fax #)

Y debe ser enviado a: _____
(Nombre de proveedor medico)

_____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Fax #)

Por la presente autorizo que se divulguen/que deben presentarse fotocopias de cualquiera o toda la información requerida al destinario ya mencionado. Esta autorización esta en efecto por un año a partir de la fecha antedicha a menos que sea revocada. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento por una declaración firmada y escrita la declaración por el paciente o partido responsable.

Información que se entregará:

☐ Todo el expediente disponible (incluyendo aquellos expedientes recibidos por SCPHD de otro proveedor medico)

O

☐ Solo los registros de servicio médico del Distrito Público de Salud Central Sur (SCPHD) que incluyan lo siguiente:

____Todos los registros de servicio médico de SCPHD: ____ Reportes de laboratorio solamente:

____ Expediente de las vacunas solamente: ____ Otro: _____

Iníciales _____

¿Hay alguna información que no quiere que se dé al solicitante?

Iníciales _____

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA

Abuso de sustancia Información de tratamiento de Salud Mental Resultados de HIV (SIDA)

Yo reconozco que los datos que se proveerán PUEDEN INCLUIR material protegido por Leyes Federales. Si / No (marque solo uno) autorizo la liberación de toda la información.

Iníciales _____

-- Entiendo que la autorización de liberar esta información es voluntaria.
-- Entiendo que puedo negarme a dar esta autorización sin el riesgo de él que afecte mi tratamiento o elegibilidad para los servicios.
-- Entiendo que la información de esta autorización puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por las normas de privacidad Federales.
-- Entiendo que al solicitarla, SCPHD me proveerá una copia de esta autorización completa.

_____ _____
Nombre (del cliente o padre/guardián legal) Fecha

_____ _____
Firma (del cliente o padre/guardián legal) Relación al Cliente (si no es el cliente)