



Condado de Maricopa
Departamento de Salud Pública
División de Servicios Clínicos

MEDICAL
RECORD #

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Maricopa revelar la siguiente información del expediente de:

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Información que se pide:

- Resultados de Laboratorio* Prueba VIH/Condición Registro de Vacunas Notas Sobre el Progreso
- Correspondencia Resumen de medicación Studios radiológicos Película Radiografía (en disc)
- Historial de Pagos Fotografías Referrals Otra: _____

***Importante: Información sobre el VIH no es revelado aunque es autorizado específicamente**

Desde (fechas de servicios): _____ hasta _____

Razón de Revelación: Uso Personal Uso Legal Continuación de Cuidado Otra: _____

Método de envío (por favor, marque uno de las opciones abajo):

- Fax Por Correo Para Recoger (se necesita presentar identificación con fotografía)

Compañía/Persona/Facilidad

Domicilio Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono Número de Fax

- Entiendo que puedo rehusar a firmar este documento de autorización. Entiendo que el Condado de Maricopa no me negará tratamiento si yo no firmará esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo esas acciones ya tomadas que se hayan basado en esta autorización. La Notificación Sobre las Normas de Privacidad del Condado de Maricopa explica el proceso de revocación, lo cual incluye una petición por escrito solicitando la revocación
- Entiendo que, si se revelará esta información a una tercera parte, la información ya no tendría la protección de las leyes estatales o federales y que la persona u organización que recibiera esa información se la podría revelar a otros.
- Por la presente descargo al Condado de Maricopa, a sus empleados y representantes, al personal médico, y a sus socios comerciales de toda responsabilidad general y legal por la revelación de la información contenida en este documento dentro de lo indicado y autorizado en el mismo.
- Confirmando que esta autorización se ha dado voluntariamente y sin reservación y también que la información anterior es completo y cierto que yo sepa.
- Esta autorización se vencerá **dentro de 6 meses** a partir del día que se haya firmado o como se haya especificado: _____.

Firma del Paciente (o Padre/Tutor del menor)

Fecha

Firma del Representante Legal

Fecha

State of _____ } ss
County of _____

This instrument was acknowledged before me this
_____ by _____

Notary Public

My commission will expire _____

ID Verified by: _____

ROI Completed by: _____

Date: _____

Date: _____