



Wicomico County Health Department

108 East Main Street • Salisbury, Maryland 21801

Matthew McConaughey, MPH, Health Officer



INDIVIDUAL'S AUTHORIZATION /AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE COMO OBJETIVO CONFIRMAR LA AUTORIZACIÓN OTORGADA POR UN PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WICOMICO (DE AQUÍ EN ADELANTE, "WICHHD") PARA SOLICITAR, UTILIZAR Y/O DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD.

COMPLETE CON LETRA CLARA Y LEGIBLE, LOS DATOS INCOMPLETOS O EN LETRA ILEGIBLE NO SERÁN PROCESADOS.

VERIFICAR SI ESTA AUTORIZACIÓN SE UTILIZARÁ EN NOTAS DE PSICOTERAPIA.

En caso de que esta autorización se utilice para realizar notas de psicoterapia, el WICHHD no destinará dicho documento como autorización para ningún otro tipo de información sobre la salud. Si el paciente desea autorizar el uso y la divulgación de otro tipo de información sobre la salud, deberá entregar un formulario adicional.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE QUE PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA.

Apellido: _____ Segundo nombre: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de ID del paciente (PT ID): _____

SECCIÓN B: USO Y/O DIVULGACIÓN AUTORIZADOS:

Describe **CON DETALLE** la información sobre la salud que autoriza para uso y divulgación:

English

Español

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN:

English

Español

PERSONA(S) AUTORIZADA(S) PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD:

¿Quién está autorizado para DIVULGAR, RECIBIR o USAR su información de salud?

En caso de que la información del programa incluya registros o información de otra entidad, **autorizo o**

no autorizo la divulgación de dicha información bajo esta autorización.

SECCIÓN C: CADUCIDAD Y REVOCACIÓN. (EL WiCHD NO ACEPTARÁ ESTE FORMULARIO SI NO SE COMPLETA LA SIGUIENTE SECCIÓN.)

Caducidad: Esta autorización caduca (complete una de las opciones):

EL _____

EN CASO DE ACONTECER LO SIGUIENTE (UN EVENTO QUE DEBE TENER RELACIÓN CON EL PACIENTE O CON EL PROPÓSITO DEL USO Y/O LA DIVULGACIÓN QUE SE AUTORIZA):

Derecho a Revocar: Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento tan solo con firmar abajo. También entiendo que al revocar esta autorización no afectará ninguna acción que el WiCHD u otros nombrados o no nombrados tomaran en dependencia de esta autorización antes de que el WiCHD reciba mi notificación escrita de revocación.

(NOTA para el personal que testifique la firma abajo. Por favor escriba * * REVOCADO * * atravesado en la parte de arriba de la primera pagina en letras grandes. NOTE to Staff member witnessing the signing below: please write ** REVOKED ** across the top of the first page in large text).

Quiero revocar esta autorización _____ **Fecha:** _____

Testigo (Nombre en Imprenta/Firma) _____

SECCIÓN D: Firma Para el paciente: lea la siguiente información

EL USO Y/O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD, TAL COMO SE DESCRIBE EN LA SECCIÓN b. ES DE MI CONOCIMIENTO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO.

Entiendo que si las personas u organizaciones a quienes autorizo para que reciban y/o utilicen la información sobre mi salud no dependen de las leyes federales o estatales sobre privacidad de la información, es posible que divulguen información sobre la salud en mayor medida y que esta información deje de estar amparada por las leyes sobre privacidad de la información sobre la salud.

Si la solicitud de información está relacionada con terapias destinadas a tratar el abuso de alcohol u otras sustancias, se protege la confidencialidad de la información según la ley federal 42 CFR Parte 2.

Declaro que leí y analicé la totalidad de la información incluida en esta autorización y confirmo que dicho contenido coincide con mi voluntad.

Firma: _____ Fecha: _____