

## Autorización al SLCoHD para liberar registros (Sólo para programas cubiertos por HIPAA)

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica protegida (**PHI**) (o la de un niño menor de edad no emancipado sobre el que tengo autoridad legal) según se describe debajo . Entiendo que esta autorización es voluntaria y que cualquier información liberada puede estar sujeta a re-divulgación por el recipiente y ya no estar protegida por ley estatal o federal. Entiendo que las solicitudes requieren una identificación con foto y pueden tardar hasta 30 días en completarse.

**ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD DEL CLIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Información liberada de: (persona/organización que provee la información): _____ Salt Lake County Health Department	Liberar información a: (Nombre o información identificatoria): _____
--	--

¿Por qué desea liberar?:  Atención médica;  Pedido por cliente;  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**PHI a ser liberada** (describa la información): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Esta autorización está limitada a la PHI creada durante el periodo de tiempo entre \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

También entiendo que puedo limitar la información a ser liberada, especificando cuáles son los registros necesarios. Si más adelante autorizado a liberar.

**El cliente o su representante personal deberá leer e inicialar las siguientes declaraciones:**

Entiendo que:

- \_\_\_\_\_ 1. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento con notificación escrita al Oficial, Coordinador de privacidad o el designado enviándola a la dirección indicada en el dorso. Si yo revocara, entiendo que esta decisión no tendrá efecto sobre acciones tomadas previamente al recibo de la revocación.
- \_\_\_\_\_ 2. Mi atención médica y el pago de la misma no podrán negarse si no firmo este formulario.
- \_\_\_\_\_ 3. Esta autorizaciónvence el: \_\_\_\_\_ o cuando ocurra el acontecimiento de \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ 4. Puede haber un cargo por cumplir con este pedido.
- \_\_\_\_\_ 5. Recibiré una copia de esta formulario después que lo haya firmado.

Firma del cliente (o su Representante Personal)	Parentesco con el cliente	Fecha
---	---------------------------	-------

Las copias de la PHI deben ser pagados y recoger en persona. Con acuerdo previo, también podemos enviar por correo o fax (sólo consultorios médicos). Por favor, indique a continuación cómo se debe recibir los registros solicitados (si es por correo electrónico, confirme la dirección arriba):

En persona;  Correo certificado\* (Yo pago los costos);  Correo 1ra.clase;  Fax (number: \_\_\_\_\_)

**FOR OFFICE USE ONLY**

Form of ID: _____	USIIS Record Only:    Y    N    N/A
ID verified by: _____	Client ID/Chart #: _____
Date request received: _____	Date processed: _____
Employee releasing data: _____	