

**DISTRITO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE PINAL
AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo:

Para utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para su uso para:

**Departamento de Salud Pública del Condado de Pinal
Teléfono: 1-866-960-0633**

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <u>Apache Junction Clinic</u> 575 N Idaho Rd, Ste 301 Apache Junction, AZ 85119 Fax: (520) 866-6165 | <u>Casa Grande Clinic</u> 1729 N Trekell Rd, Ste 120 Casa Grande, AZ 85122 Fax: (520) 866-7490 | <u>Coolidge Clinic</u> 119 W Central Coolidge, AZ 85128 Fax: (520) 866-7964 | <u>Eloy Clinic</u> 302 E 5 th St Eloy, AZ 85131 Fax: (520) 866-7689 | <u>Kearny Clinic</u> 355 Alden Rd Kearny, AZ 85137 Fax: (520) 363-5968 |
|--|---|--|---|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| <u>Mammoth Clinic</u> 110 Main St Mammoth, AZ 85618 Fax: (520) 487-2463 | <u>Maricopa Clinic</u> 41600 W Smith-Enke Rd, Bldg 15 Maricopa, AZ 85138 Fax: (520) 866-4646 | <u>San Tan Valley Clinic</u> 36235 N Ganzel Rd San Tan Valley, AZ 85142 Fax: (520) 866-4696 | <u>Superior Clinic</u> 60 E Main St Superior, AZ 85173 Fax: (520) 689-2618 |
|--|--|--|---|

La información que se revelará es (El cliente debe escribir sus iniciales en cada elemento que se proporcionará, incluyendo la opción de Otro):

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial médico y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio | <input type="checkbox"/> Pruebas psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Informes de EKG | <input type="checkbox"/> Otro (describa a continuación) |

Otro: Continuidad de atención medica

Firma de personal de PCPHSD: _____

Comentarios:

Además de lo anterior, autorizo específicamente la divulgación de los registros médicos o información. Si hay alguno, relacionado con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico con respecto a lo siguiente (el cliente debe escribir sus iniciales al lado de cada opción):

_____ Condición mental y/o tratamiento que incluye notas de psicoterapia;

_____ Abuso y/o tratamiento de drogas o alcohol; o
_____ VIH o SIDA, o una condición y/o tratamiento complejo relacionado con el VIH o el SIDA.

**DISTRITO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE PINAL
AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA**

CONDICIONES:

1. El paciente/miembro autoriza al Condado de Pinal a utilizar y divulgar su información de salud confidencial sólo para los fines enumerados anteriormente;
2. El paciente/miembro autoriza a las organizaciones de las entidades mencionadas anteriormente a acceder y recibir su información confidencial para los fines enumerados anteriormente;
3. La información que está autorizada para ser liberada puede dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad una vez que se utiliza y se divulga como se describió anteriormente;
4. Previa solicitud, el Condado de Pinal proporcionará al paciente/miembro (o su representante personal) una copia de la información de salud confidencial para la cual se solicita esta autorización, sujeta a restricciones en 45 CFR 164.524;
5. El paciente/miembro (o su representante personal) firma esta autorización de manera voluntaria;
6. El paciente/miembro (o su representante personal) se reserva el derecho de negarse a firmar esta autorización. El Condado de Pinal no negará el tratamiento a ninguna persona que se rehúse a firmar esta autorización;
7. El paciente/miembro (o su representante personal) se reserva el derecho de negarse a firmar esta autorización en cualquier momento. Esta revocación debe ser por escrito y puede enviarse al Oficial de Privacidad de la División del Condado de Pinal indicado anteriormente. Es posible que esta autorización no se revoque tal como se solicitó si la información ya se utilizó o divulgó, o si se obtuvo la autorización como condición para obtener cobertura de seguro.
8. El paciente/miembro (o su representante personal) recibirá una copia de la autorización firmada, previa solicitud;
9. Esta autorización se mantendrá durante un mínimo de 6 años.
10. Si la División del Condado de Pinal está solicitando esta autorización para su propio uso, o para divulgar información mantenida por el Condado de Pinal a otro proveedor o agencia, en algunos casos la información se utilizará para la remuneración directa o indirecta del Condado de Pinal.

Esta autorización está en efecto a partir de _____ a _____ (expiración del tiempo o de un evento). Al finalizar ese periodo de tiempo, esta autorización se revocará automáticamente y no se permitirá el uso posterior de la información confidencial de salud del paciente/miembro después de esa fecha.

Firma del paciente/miembro o el representante autorizado del paciente

Fecha

Si está firmado por el paciente/representante personal del miembro, por favor escriba el nombre y describa la relación con el paciente, y la autoridad para actuar como representante de la persona:

Nombre (por favor, escriba claramente)

Relación