

(Pt. Label)

Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson

**PERMISO PARA USAR Y DIVULGAR  
INFORMACION DE SALUD DEL PACIENTE**

Este formulario implementa los requisitos para la autorización del paciente para usar y divulgar información de salud protegida por la ley de privacidad de salud federal, 45 C.F.R. partes 160, 164. Excepto según lo permitido o requerido por la ley de privacidad, un proveedor de salud sujetos a la ley de privacidad no puede usar o divulgar información de salud protegida sin una autorización que cumple con los requisitos de 45 C.F.R. § 164.508(c).

Yo soy el paciente mencionado anteriormente o el representante legalmente autorizado del paciente.

Al firmar este formulario, autorizo a \_\_\_\_\_

para usar o divulgar a \_\_\_\_\_

la siguiente información específicas de salud protegida (*incluir/excluir - circule uno*) estado del VIH y el **abuso de alcohol y drogas:** \_\_\_\_\_

del registro del paciente: \_\_\_\_\_

El propósito del uso y divulgación es: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que, con ciertas excepciones, tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. El procedimiento de cómo puedo revocar la autorización, así como las excepciones a mi derecho a revocar, se explican en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson, una copia de la cual ha sido proporcionado a mí.

Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson no puede negar o rechazar a proporcionar tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios si me niego a firmar esta autorización.

Yo entiendo que esta información puede incluir las transmisiones electrónicas, transacciones y facsímiles. Entiendo que, una vez que esta información sea divulgada por el Departamento de Salud Pública del Condado de Jackson, es posible que ya no sea protegido por la ley federal de privacidad médica y podría ser revelado por la persona o agencia que lo recibe.

Esta autorización se vence automáticamente en 13 meses desde la fecha de la firma.

**He leído y entendido la información en este formulario de autorización.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre, Tutor Legal u otra persona Legalmente Responsable  
(cuando sea necesario)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(Pt. Label)

**Department Use Only**

Follow agency procedure to verify and document the client's identity or the authorized representative's authority to act for the client, if an authorized representative is signing the form.

The client signed and received a copy of this form (*applies when the Jackson County Department of Public Health initiates the authorization*).

Staff signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Notes:**

---

**Sección de Revocación**

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud de

\_\_\_\_\_  
*(Nombre del Paciente)*

firmado por \_\_\_\_\_  
*(Escriba el Nombre de la Persona que Firmó la Autorización)*

en \_\_\_\_\_ ser rescindido, efectivo \_\_\_\_\_.  
*(Escriba la Fecha de la Firma)*

Entiendo que cualquier acción tomada en esta autorización antes de la fecha de rescindido es legal y vinculante.

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Paciente)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Testigo)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
*(Firma del Representante Autorizado)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*

\_\_\_\_\_  
*(Autoridad de relación de Representante Autorizado)*