

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

Envíe el formulario completo a HealthPrivacy@slco.org

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): _____	Liberar información a: (Nombre o información identificatoria): _____
Salt Lake County Health Department	

¿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: _____	