



Cobb & Douglas Public Health AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Numero del Registro _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inic. _____
 Fecha de Nacimiento (dia/mes/año): ____/____/____ Telefono: ____-____-____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Zip _____

Entiendo que esta información será [] revelada o [] obtenida de:
 Nombre _____ Tel.: (____) _____
 Dirección _____
 Ciudad/Estado/Zip _____

El propósito de esta revelación es:
 Cuidado/Servicios Adicionales Cambio de Doctor Elegibilidad de Seguro y Beneficios Personal Investigación Legal o Acción
 Cybersitio Emisión por TV Emisión por Radio Periodico Diarios Hoja Informativa Folleto Anuncio
 Mercadeo/ Actividades de Información al Público _____
 Otra (especifique): _____
 Entiendo que si las personas y/o las organizaciones alistadas aquí no son proveedores de atención de salud, planes de salud o una oficina de información médica, los cuales tienen que seguir los estándares federales de privacidad, la información médica revelada como resultado de esta autorización puede que no este protegida por los estándares federales de privacidad y mi información médica puede que sea revelada mas adelante sin haber obtenido mi autorización.

Información que será revelada: Registro Completo Solo las partes del registro médico que yo especifique _____
 Imágenes Fotográficas Grabación Audiofónica Grabación en Película o Vídeo Entrevista (por escrito o verbal)
 Otra: _____

Para cumplir con las leyes aplicables, la información delineada aquí **no puede ser revelada sin mi autorización específica**. Por lo tanto, yo he puesto mis iniciales (NINGUNA OTRA MARCA ES ACEPTABLE) antes de cada tipo de registro que yo autorizo para que se revele.
 _____ Registro de Abuso de Alcohol y/o Drogas _____ Registro de exámenes del SIDA o VIH
 _____ Registro de Tratamiento de Salud Mental _____ Registro de Enfermedades Transmitidas Sexualmente
 _____ Información Genética

Sus Derechos Con Respeto A Esta Autorización:
Derecho a Inspeccionar o Copiar Información que Será Usada o Revelada - Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado para que sea usada o revelada por este formulario de autorización, puedo hacer arreglos para inspeccionar mi información médica poniendome en contacto con el Oficial de Privacidad al 678-784-1085. **Derecho a Recibir una Copia de Esta Autorización** – Entiendo que si estoy de acuerdo a firmar esta autorización, lo cual no se me requiere, se me tiene que proveer una copia firmada de este formulario. **Derecho a Rehusar Firmar Esta Autorización** – Entiendo que una notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo puedo retirar mi autorización o para recibir una copia de tal retiro, puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad al 678-784-1085. Estoy enterado(a) que mi retiro no será efectivo en cuanto a los usos y/o revelaciones de mi información médica que la(s) persona(s) y/o organización(es) alistadas en este formulario ya hayan hecho en referencia a esta autorización. Por este medio yo descargo a la Comisión de Salud del Condado de Cobb y/o la Comisión De Salud del Condado de Douglas, sus empleados, sus agentes, y sus doctores de toda culpabilidad y reclamos de cualquier naturaleza que tiene que ver con la revelacion legal de la información descrita aquí.
Fecha de Vencimiento: Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha _____ o 90 días de la fecha que se firme.

He tenido la oportunidad de repasar y entender el contenido de esta autorización. Al firmar esta autorización confirmo que correctamente afirma mis deseos.
 Nombre (letra de molde): _____ Firma: _____ Fecha/Date: _____

Relación al paciente: _____

Nombre del Testigo/Witness (letra de molde/print): _____ Firma/Signature: _____ Fecha/Date: _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE
 Picture identification shown (specify): _____
 Date requested: _____ Date completed: _____
 Records [] mailed [] picked up Number of pages: _____ Charge: _____

1650 County Services Parkway SW | Marietta, GA 30008-4010 | (770) 514-2406 | Fax (770) 794-4365
 www.CobbAndDouglasPublicHealth.org