JEFFERSON COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

1400 6th Avenue South | Birmingham, AL 35233 (205) 933-9110 | www.jcdh.org

Serving Jefferson County Since 1917

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Se deben completar todas las secciones

Información personal del paciente					
Apellidos	Primer nombre		2nd nombre	Fecha de nacimiento	Edad
Número de registro médico JCDH	Dirección			Número de teléfono	
Ciudad	Condado	Estado		Código postal	

INFORMACIÓN ENTREGADA A:	**INFORMACION ENTREGADA POR:**
Nombre:	Nombre: Release of Information (ROI) Jefferson County Department of Health
Dirección:	Dirección: P.O. Box 2648 Birmingham, AL 35202-2648
Teléfono:	Teléfonos: (205) 930-1491 - (205) 930-1378 - (205) 930-1019
Correo electrónico:	Correo electrónico: ROI.info@JCDH.org
Fax Number:	Número de fax: (205) 930-1305

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SEER ENTREGADA:

Se debe especificar las fechas de servicio

○ Notas de tratamiento	○ Vacunas
○ Resultados de lab/pruebas	○ Datos demográficos
○ Dental	○ Expediente completo
○ Dental (solo rayos-X recientes) ○ Todos los rayos-X	○ Servicios de salud reproductiva, incluidos, entre otros, el embarazo, la concepción, la interrupción o la pérdida del embarazo
○ Expediente parcial (especifique fechas)	○ Otro (provea una descripción)

PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN A SER ENTREGADA:

○ Continuidad de la atención médica	○ Personal
○ Cambio de doctor/profesional de la salud	○ Escuela
○ Trabajo	○ Legal
○ Familia/solicitud del tutor	○ Otro (Provea el propósito)
○ Seguro	

Entiendo que la información en mis expedientes de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de notificación obligatoria, servicios de salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre problemas de comportamiento, salud mental, servicios/tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Por la presente, autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) como se describió anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que no me pueden negar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios en función de que si firmo o no esta autorización para la divulgación de PHI. Entiendo que, si la agencia autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, esta información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad y esté sujeta a la re-divulgación.

Entiendo que esta autorización expirará un año después de la firma o en _____(ingrese la fecha mm/dd/aaaa). Entiendo que puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a esta agencia por escrito. Si revoco o cancelo esta autorización, ésta no tendrá ningún efecto en cualquier divulgación hecha antes de la revocación/cancelación

- Los tutores legales y representantes del paciente deben proporcionar una prueba de su autoridad para firmar por el paciente. Algunos ejemplos incluyen: Acta de nacimiento, Orden de Custodia, Orden judicial, etc.

- Los pacientes de 16 años o más deben firmar el formulario de autorización. Ejemplos de prueba de firma incluyen licencia de conducir, identificación de la foto de la escuela, identificación de no conductor o cualquier otra identificación con firma.

PACIENTE O NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA SOLICITAR LA INFORMACIÓN

_____	_____	_____
Nombre can letra imprenta	Firma	Fecha

RELACIÓN CON EL PACIENTE (escoja todas las relaciones que apliquen)

_____Mismo _____Podres _____Tutor legal _____Representante del paciente

---

Solo para uso del personal

WITNESS

_____	_____	_____
Print Name	Signature	Title

_____
Date

Provide copy to patient/requestor