



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

**MARQUE UNO**

Autorizo al Dept. de Salud del Condado de Knox (Dept. \_\_\_\_\_) a obtener mi información protegida de salud de:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Autorizo al Dept. de Salud del Condado de Knox (Dept. \_\_\_\_\_) a dar mi información protegida de salud a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**FOR KNOX COUNTY HEALTH DEPARTMENT OFFICE USE ONLY.**

The protected health information will be faxed to: \_\_\_\_\_. Call 865-215- \_\_\_\_\_ with any questions.

**POR FAVOR CONTESTE AMBAS SECCIONES (1 Y 2)**

**1. Las casillas que marco a continuación indican la información que permito que KCHD obtenga o comparta, incluyendo cualquier otra información que indico a continuación.**

- Historial completo (todo)
- Todos los servicios proporcionados por el Dpto. de Salud del Condado de Knox     Historial más reciente     Informe del alta más reciente
- Todos los servicios de los últimos tres años     Historial prenatal     Lista de medicamentos más reciente
- Registro de vacunas     Lista de alergias
- Resultados de análisis de laboratorio (fechas y tipos): \_\_\_\_\_
- Informes de consultas (nombre(s) de médico(s)): \_\_\_\_\_
- Informes de radiología (fechas y tipos de radiografías o imágenes): \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**2. Entiendo que mi historial médico puede incluir información sobre las áreas descritas a continuación. KCHD NO obtendrá ni proporcionará información referente a ellas sin mi permiso. Por lo tanto, he marcado las casillas sobre la información que permito que den o nos den.**

- No corresponde o no es mi caso     Infecciones de transmisión sexual     Planificación familiar
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)     Tratamiento por mal uso de alcohol o drogas
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)     Servicios de salud mental/comportamiento (no incluye *Cherokee Mental Health*)

La información que autorizo obtener o proporcionar se usará para el/los siguiente(s) fin(es):

- Archivo personal (para mí)       Compartir con otro(s) proveedor(es) de salud       Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho de solicitar restricciones en lo que se refiere a cómo utilizar o divulgar mi información de salud. Si KCHD acepta las restricciones, éstas son de cumplimiento obligatorio. Entiendo que KCHD no necesita estar de acuerdo con las restricciones que yo solicite. Puedo revocar las restricciones solamente por escrito, excepto en la medida en que KCHD ya haya tomado acciones basadas en las restricciones que yo solicité. Todas las restricciones se aprueban por un año.

Sírvase marcar una de estas opciones:

- Solicito las siguientes restricciones sobre el uso o divulgación de mi información protegida de salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Envíe por favor mi información protegida de salud a la siguiente dirección alternativa: \_\_\_\_\_
- No tengo restricciones

Esta autorización caduca a los 12 meses de la fecha en que fue firmada, a menos que se indique de otra forma. \_\_\_\_\_ (Fecha de caducidad). Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. De hacerlo, debo presentar mi cancelación por escrito al encargado de los archivos médicos. Entiendo que mi cancelación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que una vez se haya divulgado la información anterior, esta podría ser divulgada por el que la reciba y esa información quizá ya no esté protegida por las leyes o reglamentos de privacidad que son específicos de las leyes federales o estatales, o reglamentos que prohíben su divulgación.

Entiendo que es voluntario el autorizar el uso o divulgación de la información identificada. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento médico. Entiendo que KCHD puede recibir compensación por el uso o divulgación de la información que se divulgue a partir de esta autorización.

- El paciente no pudo leer. Le expliqué el material verbalmente y he contestado sus preguntas. \_\_\_\_\_ (Staff Initials)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness – (KCHD Staff)

\_\_\_\_\_  
Title

\_\_\_\_\_  
Date