AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

FOR OFFICE USE ONLY PARTE 1: CLIENTE/INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
CERT#	Cliente/Apellido del Paciente	е	Cliente/Primer Nombre del Paciente		Inicial
	Otros Nombres que Usted h	na Utilizado	Fecha de Nacimiento	Ultimos 4 #'s de Seguro Social	# de Archivo Médico
	Correo electrónico (Email)			Número de Teléfono con el códi	igo de área
	Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
PARTE 2: YO AUTORIZO A LA AGENCIA DE CUIDADOS DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE PARA					
DIVULGAR MI INFORMACIÓN A: ☐ Indique so es igual que arriba					
Nombre de Persona o Organización Dirección					
Designación General (Para Programas de CFR solamente)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono con e	l código de área	
PARTE 3: PROPOSITO DE ESTA AUTORIZACION					
☐ Solicitud del Paciente ☐ Continuidad de Cuidado/Tratamiento Médico ☐ Seguro Médico ☐ Legal					
☐ Discapacidad ☐ Otro:					
PARTE 4: INFORMACION QUE PUEDA SER DIVULGADA (Se requieren los pasos 1, 3 y 4. Complete el paso 2 para mayor especificidad)					
Paso 1. Seleccione solo uno: Registros Médicos Resumen de Tratamiento					
Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se publicarán:					
☐ Salud Familiar ☐ Tratamiento de ETS ☐ Servicios para Niños de CA (CCS)					
Resultados / Pelícu	ılas de Ravos X	☐ Pulmonar/TE		☐ WIC ☐ Vacunas	
AMM/MSN/MSI		☐ Cuidado Der		_	Vacarias
					divulgación de los
Sus <u>iniciales</u> y el <u>rango de fecha</u> de los archivos que seran divulgados son <u>necesarios</u> para el uso o divulgación de los siguientes tipos de información o archivos sensibles.					
Alcohol, Archivos de Abuso de Sustanci			Drogas** Desde la Fecha: Hasta la Fecha:		
Alcohol, Alcohol	hivos de Abuso de	e Sustancias o	Drogas^^ Desde la Fe	echa: Hasta la	a Fecha:
Salud Menta		e Sustancias o	Drogas^^ Desde la Fe		
Salud Menta				echa: Hasta la	a Fecha:
Salud Menta Prueba y Re Paso 3. Clínica (s) don	al sultados de VIH/S de se recibieron los	SIDA	Desde la Fe	echa: Hasta la	a Fecha:
Salud Menta Prueba y Re Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de	al sultados de VIH/S de se recibieron los	SIDA	Desde la Fe	echa: Hasta la	a Fecha: a Fecha:
Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION	al esultados de VIH/S ede se recibieron los e Envío:	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe ónico Co	echa: Hasta la echa: Hasta la orreo Reco	a Fecha: a Fecha: Oger
Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION	al esultados de VIH/S ede se recibieron los e Envío:	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe ónico Co	echa: Hasta la echa: Hasta la orreo Reco	a Fecha: a Fecha: Oger
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el ratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el contenido o divulgar mi información el tratamiento.	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. No n como he dicho anto o la elegibilidad para	SIDA s servicios:	Desde la Fo Desde la Fo ónico	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar es	a Fecha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el derecho de referencia de referencia de referencia de la contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el derecho de referencia de	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. \(\) n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriz	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe ónico	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar est mento, enviando un avi	a Fecha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacio	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriz ón no afectará las o	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe Onico Co Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar es mento, enviando un avi a tomado medidas en	a Fecha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago el tengo el derecho de re Registros. La revocación autorización. La información de la contenida de reconserva de la contenida de reconserva de la contenida de la cont	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las o ación divulgada en y	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe ónico	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar es mento, enviando un avi a tomado medidas en e r divulgada nuevamente	Precha: Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago e tengo el derecho de re Registros. La revocacio autorización. La informa y no estar protegidas preguerir destinatario pa	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las o ación divulgada en y por la ley federal de	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulga	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar est mento, enviando un avi ra tomado medidas en e r divulgada nuevamente tado aplicables u otra la r nuevamente, a menos	Precha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede si que sea permitido
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago e tengo el derecho de re Registros. La revocacio autorización. La informa y no estar protegidas preguerir destinatario pa	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las o ación divulgada en y por la ley federal de	SIDA s servicios:	Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulga	echa: Hasta la echa: Hasta la echa: Reco ermito al Condado de C firmar este formulario e os si no puedo firmar est mento, enviando un avi ra tomado medidas en e r divulgada nuevamente tado aplicables u otra la r nuevamente, a menos	Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede s que sea permitido
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacio autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. No como he dicho anto la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las como la ley federal de la ley federal de la como derecho a una como riginal es válida.	SIDA s servicios: Continuo Electro Yo entiendo, est teriormente. Tar a los beneficios de los beneficios de los de	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término	echa: Hasta la	Precha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede si que sea permitido as solicitudes. Una
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacia autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización PARTE 5: Cliente/ Fire	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. No como he dicho anto la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las como la ley federal de la ley federal de la como derecho a una como riginal es válida.	SIDA s servicios: Continuo Electro Yo entiendo, est teriormente. Tar a los beneficios de los beneficios de los de	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término	echa: Hasta la	Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede s que sea permitido
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISION He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacio autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriza ón no afectará las o ación divulgada en y or la ley federal de ara obtener su autor o derecho a una co n original es válida. ma del Paciente o F	SIDA s servicios: Comparison Electro Yo entiendo, est teriormente. Tar a los beneficios ación por escrit divulgaciones qui virtud de esta au e privacidad (HIF ización por escritopia de este for Esta autorización esta autorizac	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término	echa: Hasta la	Precha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede si que sea permitido as solicitudes. Una
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacia autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización PARTE 5: Cliente/ Firm X	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Na como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriz ón no afectará las o ación divulgada en v por la ley federal de ara obtener su autori o derecho a una co n original es válida. ma del Paciente o F	SIDA s servicios: Contiendo, est teriormente. Tar a los beneficios ación por escrit divulgaciones quirtud de esta au el privacidad (HIF) ización por escritopia de este for Esta autorizació Representante/D	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término resignado Legal/Firi	echa: Hasta la	Precha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede si que sea permitido as solicitudes. Una
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacia autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización PARTE 5: Cliente/ Firm X Representante Legal (Imprimir Non ** INFORMACIÓN DE	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriz ón no afectará las o ación divulgada en y or la ley federal de ara obtener su autor o derecho a una co n original es válida. ma del Paciente o F hbre Completo) ALCOHOL Y ABUS	SIDA s servicios: Control Co	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá sel PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término resignado Legal/Firi ión legal con el cliente/Pacien	echa: Hasta la	Precha: Diger Drange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede si que sea permitido as solicitudes. Una
Paso 3. Clínica (s) don Paso 4. Preferencia de PARA SU REVISIÓN He leído el contenido o divulgar mi información el tratamiento, el pago tengo el derecho de re Registros. La revocacia autorización. La informa y no estar protegidas prequerir destinatario pade tales leyes. Yoteng copia de la autorización PARTE 5: Cliente/ Firm X Representante Legal (Imprimir Non ** INFORMACIÓN DE 42 CFR parte 2 prohí	esultados de VIH/S de se recibieron los e Envío: de este formulario. Y n como he dicho ant o la elegibilidad para evocar esta autoriz ón no afectará las o ación divulgada en y cor la ley federal de ara obtener su autori o derecho a una con o original es válida. ma del Paciente o F mbre Completo) ALCOHOL Y ABUS be la divulgación r	SIDA s servicios: Contiendo, est teriormente. Tar a los beneficios ación por escrit divulgaciones quirtud de esta au el privacidad (HIF) ización por escritopia de este for Esta autorizació Representante/D	Desde la Fe Desde la Fe Desde la Fe Onico Oy de acuerdo, y pe nbién entiendo que no se verán afectad o en cualquier mor ue el Custodio ya h torización podrá ser PAA). Leyes del Es to antes de divulgar mulario. Se podrár on expira al término resignado Legal/Firi ión legal con el cliente/Pacien ICIAS e estos registros.	echa: Hasta la	pger Orange de utilizar y es voluntario y que sta autorización. Yo iso al Custodio de dependencia de la e por el destinatario Ley Federal puede s que sea permitido as solicitudes. Una PARTE 6: Fecha