



AUTORIZACIÓN DEL INDIVIDUO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A LA DEFENSORA PÚBLICA

PROPOSITO: AUTORIZAR A LA DEFENSORA PÚBLICA a SOLICITAR Y RECIBIR, UTILIZAR y/o DIVULGAR la información de salud del individuo a petición del individuo.

CLIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN MÉDICA QUE SE SOLICITA PARA DIVULGACIÓN y/o DIVULGACIÓN :

Fecha(s) de servicio: _____

- Paciente hospitalizado Notas de admisión Consulta Registros de abuso de sustancias
- Paciente ambulatorio Historia y examen físico Registros de la sala de emergencias Informes psiquiátricos/psicológicos
- Programa diurno Exámenes médicos Resumen de alta Historial psicosocial
- Residencial Laboratorios Salud mental Notas del equipo de tratamiento
- Registro completo Otros registros médicos:

Esta divulgación es para multas legales. Ningún Cuidado de la salud proveedor , incluyendo todo el personal médico y no médico anotado aquí , tiene mi permiso a hablar con mi abogado y cualquier empleado de la Oficina de la Defensor público involucrado en mi caso sobre mi tratamiento , diagnóstico, recomendaciones , etc.

NOMBRE DEL CENTRO, HOSPITAL, PROGRAMA O INDIVIDUO AUTORIZADO PARA DIVULGAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN :

Nombre: _____

Dirección de envío : _____

Código postal: _____

VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN :

Treinta (30) días después de la disposición de mi caso (*Salud General § 4-303(b)(4)(i)*), esta autorización ya no es válida. También puedo optar por finalizar esta autorización antes de la fecha aquí indicada: ____/____/____.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de la revocación al proveedor de atención médica mencionado anteriormente ya la Oficina del Defensor Público. Entendiendo que la revocación de esta autorización no afectará una acción que la Oficina del Defensor Público u otras personas, nombradas o no, hayan tomado con base en esta autorización antes de que el proveedor de atención médica mencionado anteriormente o la Oficina del Defensor Público hayan recibido mi notificación de revocación por escrito . .

DECLARACIÓN DEL CLIENTE

- He read y entiendo el contenido de esta autorización, y doy mi consentimiento a la Oficina del Defensor Público para divulgar y/o divulgar la información de salud obtenida por esta en relación con mi representación.

- Entiendo que si la(s) persona(s) u organizaciones a las que autorizan a recibir y/o utilizar mi salud divulgan más la información médica, y las leyes de privacidad de la información médica pueden dejar de protegerla.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Si la información solicitada incluye registros o información de otra agencia, médico u hospital, deseo que se divulgue esa información bajo la autorización.
- No estoy obligado a firmar esta autorización para recibir servicios del proveedor de atención médica.
- Entendiendo que la información divulgada puede contener abuso de alcohol/drogas, pruebas psiquiátricas de VIH, resultados de VIH o información sobre el SIDA.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Tutor/Padre/Representante personal: _____ Fecha: _____