

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PIMA
EXPEDIENTES MEDICOS**

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

PROPOSITO DE LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA: SOLICITADO POR EL(LA) PACIENTE ___ O POR OTRA RAZON: (ESCRIBALA ABAJO).

INFORMACION SOLICITADA POR:

NOMBRE:			
DOMICILIO:			
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:	TELEFONO:

ENVIE LA INFORMACION MEDICA A:

NOMBRE:			
DOMICILIO:			
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:	TELEFONO:

INFORMACION DEL PACIENTE:

PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO:	APELLIDO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:			
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:	TELEFONO:
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE:		NUMERO DE REGISTRO MEDICO:	

INFORMACION SOLICITADA:

INDIQUE CON SUS INICIALES LAS AREAS QUE DESEA DIVULGAR:		
<input type="checkbox"/> HISTORIA/FISICA	<input type="checkbox"/> NOTAS CLINICAS	<input type="checkbox"/> OTRO _____
<input type="checkbox"/> RESULTADOS DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/> DROGAS/ALCOHOL	
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIAS	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/> PLAN DE TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA	
<input type="checkbox"/> PLANIFICACION FAMILIAR	<input type="checkbox"/> COLPOSCOPIA	
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD TRANSMITIDA SEXUALMENTE	<input type="checkbox"/> WIC	

ESTOY DE ACUERDO CON LA DIVULGACION DE LO SIGUIENTE, A MENOS QUE HAYA INDICADO QUE NO.

SI ___	NO ___	INFECCION DEL SIDA (SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA) O VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA)
SI ___	NO ___	CUIDADO DE LA SALUD DE LA CONDUCTA
SI ___	NO ___	TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE LAS DROGAS O ALCOHOL
SI ___	NO ___	PRUEBAS Y CONSEJO GENETICO

ENTIENDO QUE LA AGENCIA QUE RECIBA MI INFORMACION, NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO, EL PAGO, EL REGISTRO, NI LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER ESTA AUTORIZACION, A MENOS QUE LA LEY FEDERAL PERMITA TAL SITUACION.

ENTIENDO QUE SI LA AGENCIA QUE AUTORIZO A RECIBIR MI INFORMACION NO ES UN SEGURO DE SALUD, NI PROVEEDOR DE ASISTENCIA MEDICA, LA INFORMACION LIBERADA PUEDE QUEDAR DESPROTEGIDA POR LAS REGULACIONES FEDERALES DE CONFIDENCIALIDAD Y PUEDE SER SUJETO A REVELACION.

ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO, A MENOS QUE ESA ACCION YA HA SIDO TOMADA, CONFORME A LA AUTORIZACION. LAS INSTRUCCIONES PARA LA REVOCACION SE ENCUENTRAN EN EL "AVISO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA PRACTICA MEDICA" DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PIMA.

COMPRENDO QUE ESTA AUTORIZACION SE VENCE UN AÑO DESPUES DE LA FECHA DE MI FIRMA O LA FECHA INDICADA:

FIRMAS:

PACIENTE:	FECHA DE FIRMA:
REPRESENTANTE LEGAL:	
PARENTESCO AL PACIENTE:	