



# 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 ENTREGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE *Se deben completar todas las secciones*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de registro médico en JCDH: \_\_\_\_\_ Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ENTREGADA A:

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ROI USE ONLY

### INFORMACIÓN ENTREGADA POR:

ATTN: Release of Information (ROI)  
Jefferson County Department of Health  
P.O. Box 2648  
Birmingham, Alabama 35202-2648

### RELEASE OF INFORMATION DEPARTMENT INFO de CONTACTO:

(205) 930-1406, (205) 930-1019

Fax: (205) 930-1305

correo electrónico (EMAIL) ROI@jcdh.org

### DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SER ENTREGADA:

*\*Se debe especificar las fechas de servicio\**

Notas de tratamiento\_

Vacunas

Resultados de lab/pruebas\_

Datos demográficos

Dental \_\_\_\_\_

Registro completo

Dental (solo rayos-x recientes)  Todos los rayos-X

Otro \_

Registro parcial (especifique fechas) \_

*(Provea una descripción)*

### PROPÓSITO DE LA INFORMACIÓN A SER ENTREGADA:

Continuidad de la atención médica

Persona  
|

Cambio de doctor/profesional de la salud

Escuela

Trabajo

Legal

Familia/solicitud del tutor

Otro \_

Seguro

*(Provea el propósito)*



**Entiendo que la información en mis expedientes de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de notificación obligatoria, 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 divulgación de mi información médica protegida (PHI) como se describió anteriormente. Entiendo que esta autorización es voluntaria y no se me puede negar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios en función de si firmo o no esta autorización para la divulgación de la PHI. Entiendo que si la agencia autorizada para recibir esta 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 está sujeta a la re-divulgación.

Entiendo que esta autorización expirará un año después de la firma o en \_ / / . Entiendo que puedo revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento notificando a esta agencia por escrito. Si revoco/cancelo esta autorización, no tendrá ningún efecto en ninguna divulgación realizada antes de la revocación/cancelación.

- Los tutores legales y representantes del paciente deben proporcionar una prueba de su autoridad para firmar por el paciente. Los ejemplos de prueba incluyen: Certificado de Nacimiento, Orden de Custodia, Orden judicial, etc.
- Los pacientes de 14 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 ENTREGA**

_____	<b>Relación con el paciente</b>
Escribir el nombre/Firma/Fecha	_____
	Mismo/Padre/Tutor legal/Representante paciente

**TESTIGO**

_____	_____
Escribir el nombre/Firma/Fecha	Título

Proveer una copia al paciente/solicitante