



# Lake County Tribal Health

LCGH USE ONLY

|            |                        |               |            |
|------------|------------------------|---------------|------------|
| PATIENT ID | NAME (Last, First, MI) | DATE OF BIRTH | RECORD NO. |
| ADDRESS    | CITY / STATE           |               |            |

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**Complete todas las secciones, fecha y firme.**

I. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo voluntariamente la divulgación de información de mi expediente médico.  
*Nombre del paciente*

### II. La información será divulgada por:

### Y será proporcionada a:

*Nombre de la instalación / Solicitar registros de*

*Nombre de la persona / organización / instalación / Proveer registros a*

*Dirección*

*Dirección*

*Ciudad / Estado*

*Ciudad / Estado*

*Teléfono*

*Teléfono*

### III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Atención médica adicional

Uso personal

Otro: *Especificar*

### IV. La información a divulgar de mi expediente médico: *Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)*

Todo el expediente (no incluye información confidencial no marcada abajo)

Solo información relacionada con: *Especificar*

Solo el periodo de eventos desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Otro: *Especificar – Facturación, CHS, etc.*

### Si desea que se divulgue cualquiera de la siguiente información confidencial, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación:

Tratamiento/referencia por abuso de alcohol/drogas

Tratamiento relacionado con VIH/SIDA

Enfermedades de transmisión sexual

Salud mental (que no sean notas de psicoterapia)

Solo notas de psicoterapia (*al marcar esta casilla, renuncio a cualquier privilegio psicoterapeuta-paciente*).

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, enviada en cualquier momento al Departamento de Gestión de Información de Salud, excepto en la medida en que se haya actuado en base a esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otras leyes pueden otorgar al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza. Si esta autorización no ha sido revocada, terminará un año después de la fecha de mi firma, a menos que se indique una fecha de vencimiento o evento diferente.

*Especificar nueva fecha:*

Entiendo que Lake County Tribal Health no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para la atención médica a que yo proporcione esta autorización, excepto si dicha atención es: (1) Relacionada con investigación. (2) Proporcionada únicamente con el propósito de crear Información de Salud Protegida para su divulgación a un tercero.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto la de Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a redistribución por el destinatario y puede ya no estar protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Firma del paciente o representante personal *Relación con el paciente*

*Fecha*

Firma del testigo (*Si la firma del paciente es una huella dactilar o marca*)

*Fecha*

Esta información debe ser divulgada para el propósito indicado anteriormente y no puede ser utilizada por el destinatario para ningún otro propósito. Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, solicite u obtenga cualquier registro relacionado con un individuo de una agencia federal bajo falsos pretextos será culpable de un delito menor (5 USC 552a(i)(3)).

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL** Método de Entrega:

Recogida por el paciente (\_\_\_\_\_)

Correo certificado (\_\_\_\_\_)

Patient received on

Date mailed