



OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



La traducción de cualquier material a otro idioma que sea diferente al inglés solamente sirve como un conveniente para el público que no lee el inglés. Hemos intentado proveer una traducción precisa de la materia original en inglés; sin embargo, es posible que existan pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

Autorización para Divulgar el Historial de Salud

Yo, _____ le doy permiso a _____ de divulgar mi historial de salud a:

para los siguientes propósitos: _____

Al escribir mis iniciales en la parte abajo, yo específicamente doy permiso de divulgar la siguiente información acerca de mi salud:

El cliente o el representante personal del cliente debe escribir sus iniciales junto a la información que se divulgará.

- Información relacionada con VIH/SIDA _____ Historial y consulta general _____
- Historial de salud mental _____ Resumen final _____
- Pruebas de genética _____ Reporte operativo _____
- Información sobre el abuso de drogas/alcohol _____ Radiografías _____
- Patología _____

Otro _____ Información específica: _____

Fecha(s) específica(s) de servicio o evento(s): _____

AVISO

La información que yo autorizo para ser divulgada puede incluir el historial mío y ciertos archivos que podrían indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa.

Yo entiendo que la información contenida en mi historial de salud acerca del hecho de tener o poder tener una enfermedad contagiosa o no contagiosa se hace confidencial por ley y que no se podrá divulgar sin mi permiso excepto en circunstancias limitadas, inclusive la divulgación a las personas que hayan tenido riesgo de exponerse a la enfermedad, dependiendo de una orden otorgada por la corte del Departamento de la Salud de Oklahoma (OSDH), divulgación entre

médicos o para propósitos de estadística o de epidemiología. En el caso de que tal información se hiciera pública, no se podrá contener información de la cual yo podría ser identificado/a a menos que la información haya sido autorizada por mi persona, por una orden de la corte o por OSDH con obligación legal.

Yo entiendo que si la persona u organización que obtiene mi historial de salud no está regularizada bajo normas federales de privacidad, mi información puede ser divulgada de nuevo y ya no se protegerá bajo esas normas. Sin embargo, aún si la persona u organización no está regularizada bajo normas federales, de igual forma podrían ser prohibidos de divulgar la información. También entiendo que yo no tengo la obligación de firmar este formulario, y que no firmarlo no afectará las posibilidades de recibir tratamiento, pago o una decisión de elegibilidad. Yo entiendo que puedo ver y fotocopiar cualquier información divulgada bajo esta solicitud.

Yo entiendo que puedo rescindir mi permiso de divulgar información. Si lo quiero hacer, debe ser por escrito, pero no puedo rescindir mi permiso de divulgar información una vez que haya sido divulgada. A menos que yo decidiera rescindir mi permiso antes, esta autorización se vencerá en 180 días o _____

_____ Firma del cliente o del representante del cliente	_____ Fecha
_____ Escriba con letra de molde el nombre del cliente	_____ Fecha de nacimiento del cliente
_____ Escriba con letra de molde el nombre del representante legal del cliente, si se aplica	_____ Relación al cliente