

Yo autorizo (parte que divulga):

A que entregue a (parte que recibe información):

Nombre San Diego County Sheriff's Department

Nombre _____

Dirección 5530 Overland Ave. Ste.370

Dirección _____

Ciudad/Estado San Diego, CA 92123

Ciudad/Estado _____

Teléfono 858-974-5848 Fax 858-974-5854

Teléfono _____ Fax _____

Por medios impresos, orales o electrónicos, todos y cualquiera de mis expedientes médicos enumerados abajo. La información sobre salud mental, alcoholismo/drogadicción y VIH no se divulgará a menos que se solicite específicamente.

- Lesiones, enfermedades, trastornos **MÉDICOS**
- Resultados de pruebas de **VIH**
- Enfermedades, trastornos **MENTALES**
- Abuso de **ALCOHOL/DROGAS**

PROPÓSITO de la divulgación: Continuidad de la atención Otro: _____

Expedientes **ESPECÍFICOS** a divulgar: Resultados de pruebas VIH Otro: _____

AVISO: Yo entiendo que la información médica utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a que el destinatario vuelva a divulgar esta información y que ésta ya no se encuentre protegida por los reglamentos federales de privacidad (Ley de transferencia y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA])). Además, entiendo que el Departamento del Sheriff no puede condicionar tratamiento en base a mi firma en esta autorización. Las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica la divulgue a su vez, a menos que se obtenga otra autorización para divulgarla, o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá automáticamente en 3 meses o el: _____

REVOCACIÓN: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a la parte que la expide.

COPIA: Autorizo el uso de un facsímil o fotocopia de este formulario. Puedo recibir una copia de esta autorización. (Ponga sus iniciales si desea una copia): ____ Se entregó copia: Sí No

Número de Seguro Social

ALIAS

Número de CDC

Firma del paciente
(o de su representante)

JIMS

Fecha de nacimiento

Fecha

Si no está firmado por el paciente, especifique las bases de autoridad para firmar:

- Representante para atención médica (adjunte una copia de la autorización)
- Otro (adjunte una copia de la autorización) _____



Booking Number

Date (MM-DD-YY)