



# AUTHORIZATION TO DISCLOSE CONFIDENTIAL INFORMATION

**INFORMATION MAY BE DISCLOSED BY:**

Person/Facility: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH – COLLIER COUNTY

Phone #: (239) 252 8207

Address: 3339 Tamiami Trail E. Bldg. H • Naples FL, 34112

FAX #: (239) 896 1906

**INFORMATION MAY BE DISCLOSED TO:**

Person/Facility: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

**METHOD OF DISCLOSURE:**

\_\_\_\_\_ Pick up at Clinic/Facility

Address: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

**(Please note that emailing may not be a secured method of communication)**

**INFORMATION TO BE DISCLOSED: (Initial Selection)**

\_\_\_\_\_ General Medical Record(s), including STD and TB \_\_\_\_\_ Progress Notes \_\_\_\_\_ History and Physical Results

\_\_\_\_\_ Immunizations \_\_\_\_\_ Family Planning \_\_\_\_\_ Prenatal Records \_\_\_\_\_ Consultations

\_\_\_\_\_ Diagnostic Test Reports (Specify Type of test (s)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Other: (Specify): \_\_\_\_\_

**I Specifically authorize release of information relating to: (Initial Section)**

\_\_\_\_\_ HIV test results for non-treatment purposes \_\_\_\_\_ Substance Abuse Service Provider Client Records

\_\_\_\_\_ Psychiatric, Psychological or Psychotherapeutic notes \_\_\_\_\_ Early Intervention \_\_\_\_\_ WIC

**PURPOSE OF DISCLOSURE:**

\_\_\_\_\_ Continuity of Care \_\_\_\_\_ Personal Use \_\_\_\_\_ Other (specify) \_\_\_\_\_

**EXPIRATION DATE:** This authorization will expire (insert date or event) \_\_\_\_\_. I understand that if I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire twelve (12) months from the date on which it was signed.

**REDISCLASURE:** I understand that once the above information is disclosed, it may be disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy laws or regulations.

**CONDITIONING:** I understand that completing this authorization form is voluntary. I realize the treatment will not be denied if I refuse to sign this form.

**REVOCACTION:** I understand that I have the right to revoke this authorization anytime. If I revoke this authorization, I understand that I must do so in writing and that I must present my revocation to the medical record department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company, Medicaid and Medicare.

\_\_\_\_\_  
Client/Legal Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Legal Representative's Relationship to Client

\_\_\_\_\_  
Witness (optional)

\_\_\_\_\_  
Date

If you are a legal representative of the person whose information you are requesting, you must provide documentation proving your legal authority to request this information (for example, power of attorney, healthcare surrogate form, order or appointment of a guardianship, order appointing personal representative and letters of administration).

Client Name: \_\_\_\_\_  
ID#: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_

Original: To File Copy to Client



**AUTORIZACIÓN PARA EMITIR  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:**

Persona/Centro: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH – COLLIER COUNTY

Número de teléfono: (239) 252 8207

Dirección: 3339 Tamiami Trail, Bldg. H • Naples, Florida 34112

Número de FAX: (239) 896 1906

**LA INFORMACIÓN PUEDE EMITIRSE A:**

Persona/Lugar: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE EMITIR:**

Recoger en la clínica/el centro

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

**INFORMACIÓN QUE SE EMITIRÁ: (Ponga sus iniciales en la categoría seleccionada)**

Expediente(s) médico(s) general(es)     Enfermedades de Transmisión Sexual     Tuberculosis     Historia y resultados clínicos

Vacunas     Planificación familiar     Cuidado prenatal     Consultas

Notas sobre el progreso de su caso

Resultados de exámenes de diagnóstico (especifique el (los) tipo(s) de exámenes \_\_\_\_\_)

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente emitir la información relacionada con: (Ponga sus iniciales en la categoría seleccionada)**

Resultados de la prueba de VIH     Información relacionada con el abuso de sustancias

Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas     Intervención temprana     WIC

**OBJETIVO DE EMITIR LA INFORMACIÓN:**

Continuidad del tratamiento     Uso personal     Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento): Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los doce (12) meses de la fecha en que se firmó.

**NUEVA DIVULGACIÓN:** Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla, y es posible que la información no esté protegida por las leyes o las normas federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Comprendo que la decisión de completar esta autorización es voluntaria. Comprendo que no se me negará el tratamiento si me rehúso a firmar este documento.

**REVOCACIÓN:** Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada como consecuencia de esta autorización. Comprendo que la revocación no incluye a mi compañía de seguros, Medicaid y/o Medicare.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente/Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso (en letras de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación o Parentesco del Representante Legal con el Cliente**

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, un poder que lo designe como el representante o guardián para tomar decisiones relacionadas con la salud del cliente, una orden de un juez que lo designe como el administrador de los asuntos legales y financieros de este cliente).

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificación:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Original:** Al expediente del cliente    **Copia:** Al cliente