# CenterPlace Health
## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

**Nombre del paciente:** _____ _____
Apellido Nombre Inicial Otro Nombre

**Fecha de nacimiento:** _____ **Dirección:** _____ **Teléfono:** _____

**COMPRUEBE DE QUE DEPARTAMENTO ES:** ☐ ***SOLICITAR INFORMACIÓN*** ☐ ***LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN***

| Dpto.ID | Nombre del Departamento | Departamento. Dirección ciudad/estado | Fax |
|---|---|---|---|
| ☐ 02 | Ringling Family Medical | 2200 Ringling Blvd, Sarasota, FL 34237-61021 | 855-212-2456 |
| ☐ 12 | Ringling Pediatric | 2200 Ringling Blvd, Sarasota, FL 34237-6102 | 855-212-4561 |
| ☐ 13 | Ringling Behavioral Health | 2200 Ringling Blvd, Sarasota, FL 34237-6102 | 855-225-3985 |
| ☐ 04 | Children's Health | 1750 17th Street, Sarasota, FL 34234-6102 | 855-212-2465 |
| ☐ 11 | OB / GYN | 1750 17th Street, Sarasota, FL 34234-6102 | 855-526-0216 |
| ☐ 03 | North Port Family/Pediatric | 6950 Outreach Way, North Port, FL 34287-3405 | 855-212-2460 |
| ☐ 09 | North Port OB /GYN | 6950 Outreach Way, North Port, FL 34287-3405 | 855-212-4422 |
| ☐ 10 | North Port Behavioral Health | 6950 Outreach Way, North Port, FL 34287-3405 | 855-212-4423 |

**INFORMACIÓN QUE SE PUBLICARÁ A** ☐ **INFORMACIÓN SOLICITADA A** ☐ **Por favor lista de abajo que puede recibir/dar información**

_____

_____

**Específicamente autorizo información relacionada:** ***(inicial de selección)***

☐ Registros de médico general, incluyendo ETS y TB ☐ Notas de progreso ☐ Historia y resultados físicos ☐ Inmunizaciones ☐ Consultas

☐ Planificación familiar ☐ Expedientes de prenatal ☐ Informes de prueba de diagnóstico (especificar tipo de pruebas) _____

☐ Otros: (especificar) _____

**Específicamente autorizo información relacionada con:** ***(inicial de selección)***

☐ Resultados de la prueba del VIH para fines de tratamiento ☐ Registros de servicios de abuso de sustancias ☐ intervención temprana ☐ WIC

☐ Psiquiátrico, psicológico o Psychotherapeutic notas ☐ Otros: (especificar)_____

**Proposito de la revelación:** ***(Inicial de selección)***

☐ Continuidad de la atención ☐ Uso personal ☐ Otros: (especificar)_____

**FECHA de vencimiento: Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento) _____. Entiendo que si no especifica una fecha de caducidad o un evento, esta autorización vencerá de doce 12 meses desde la fecha en que se firmó.**

**REVELAR: entiendo que una vez que se divulga la información anterior, puede ser revelada por el destinatario y la información puede no estar protegida por la legislación de privacidad federal.**

**ACONDICIONADO: entiendo que completar este formulario de autorización es voluntaria. Me doy cuenta de que el tratamiento no se negará si me niego a firmar este formulario.**

**REVOCACIÓN: entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al Departamento de registros médico. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.**

_____ _____
Firma del cliente/representante Fecha

_____ _____
Nombre impreso Relación del representante con el cliente

_____ _____
Testigo (opcional) Fecha