



# 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

Phone #: (239) 252 8466

**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 DIVULGAR  
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 teléfono: (239) 252 8466

**LA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A:**

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

**MÉTODO DE DIVULGACIÓN:**

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 DIVULGARÁ: (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 la divulgación de 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 LA DIVULGACIÓN:**

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



# OTORIZASYON POU BAY ENFÒMASYON MEDIKAL MWEN KI SEKRE

## MOUN KI KAPAB BAY ENFÒMASYON SA-A SE:

Moun-lan/ Enstitisyon-an: \_\_\_\_\_ Nimewo telefòn lan: \_\_\_\_\_

Adrès-lan: \_\_\_\_\_ Nimewo Fax-lan: \_\_\_\_\_

## MOUN YA KAPAB BAY ENFÒMASYON SA-A SE:

Moun-lan/ Enstitisyon-an: \_\_\_\_\_ Nimewo telefòn lan: \_\_\_\_\_

Adrès-lan: \_\_\_\_\_ Nimewo Fax-lan: \_\_\_\_\_

## KI ENFÒMASYON YA KAPAB BAY: (pou kòmanse)

<input type="checkbox"/> Tout dosye medikal mwen	<input type="checkbox"/> Vaksen mwen te pran
<input type="checkbox"/> Dosye ekzamen ka doktè	<input type="checkbox"/> Dosye lè mwen te ansent
<input type="checkbox"/> Nòt sou pwogrè mwen	<input type="checkbox"/> Konsiltasyon
<input type="checkbox"/> Rapò ekzamen medikal mwen yo (Kiyès yo?) _____	
<input type="checkbox"/> Lòt: (eksplike) _____	

## Mwen by otorizasyon pou yo kapab bay enfòmasyon de mwen sou: (pou kòmanse)

STD  SIDA  TB  Dwòg/Bwè tafya  Maladi mantal  Si mwen ka resevwa WIC  Atake maladi bonnè

## REZON POU BAY ENFÒMASYON-AN:

Pou tretman  Izaj pèsonnèl  Lòt (eksplike) \_\_\_\_\_

**DAT EKSPIRASYON:** Otorizasyon sa-a pral fini (mete dat oubyen aksyon -an) \_\_\_\_\_. Mwen konnen trè byen ke si mwen pa mete yon dat oubyen yon aksyon ki pou mete fen a li, otorizasyon-an va pran fen 6 mwa apre dat mwen te siyen li-an.

**SIKILE ENFÒMASYON-AN:** Mwen konnen ke yon fwa yo bay enfòmasyon sa yo, moun ki jwenn li an kapab bay yon lòt moun li san pwoblèm oswa pwoteksyon pa lalwa.

**KONDISYON:** Yo te fènm konnen ke mwen ranpli fòm sa-a sèlman si mwen vle epi menm si mwen pa vle ranpli li, anyen pap deranje nan treman map resevwa isit.

**ANILASYON:** Mwen konnen ke mwen gan dwa anile otorizasyon sa-a nenpòt kilè m ta vle, a lekri; ma oblije pote deklarasyon ekri sa-a nan depatman dosye medikal-yo. Anilasyon-an pap chanje anyen de enfòmasyon ki te deja sikile avan sa. Anilasyon sa-a nonplis pap afekte konpayi asirans mwen-an, Medikèd ak Medikè.

\_\_\_\_\_  
Siyati klyan-an oubyen reprezantan li

\_\_\_\_\_  
Dat

\_\_\_\_\_  
Non an lèt denprimri

\_\_\_\_\_  
Relasyon reprezabntan-an ak klyan-an

\_\_\_\_\_  
Temwen

\_\_\_\_\_  
Dat

**Client Name:** \_\_\_\_\_

**ID#:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_

Form Number: DHOGC-3203H,06/13

**Original** to File, **Copy** to Client, **Copy** to accompany disclosure