

DEPARTAMENTO DE SALUD DE COLUMBUS  
240 Parsons Avenue, Columbus, Ohio 43215

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), \_\_\_\_\_,  
*Primer nombre Segundo Nombre Apellido Apellido de soltera Fecha de nacimiento*

estoy permitiendo a \_\_\_\_\_ para que libere la siguiente  
*Agencia o persona quien libera la información*  
información acerca del cuidado de mi salud a \_\_\_\_\_  
*Agencia o persona quien recibe la información*

Información para ser liberada – Marque todas las que apliquen:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial de salud mental            | <input type="checkbox"/> Historial médico | <input type="checkbox"/> Notas de dar de alta | <input type="checkbox"/> Notas de servicios        |
| <input type="checkbox"/> Historial de VIH/SIDA                | <input type="checkbox"/> Facturación      | <input type="checkbox"/> Diagnóstico          | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Historial de abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Otro _____       |   |  |

La información será liberada con el propósito(s) de – Marque todas las que apliquen:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación de cuidados | <input type="checkbox"/> Hacer una referencia | <input type="checkbox"/> Informar fuente de referencia |
| <input type="checkbox"/> Reembolso/beneficios     | <input type="checkbox"/> Legal                | <input type="checkbox"/> Otro _____                    |

La información anterior puede incluir acerca de su salud mental, abuso de drogas/alcohol y/o VIH/SIDA.

La cantidad de información para ser liberada incluye – Marque una:

- Ultimo tratamiento     Todas las fechas en que ha recibido servicios     Información del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
*fecha fecha*

- El Departamento de Salud de Columbus **NO PUEDE** negar tratamiento basado en si usted firmó esta autorización o no.
- La información liberada al ya no estar protegida por las regulaciones de Confidencialidad podría ser liberada más adelante.
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviar una petición por escrito al Departamento de Salud de Columbus. Esta petición no aplicará para la información liberada anteriormente.

Esta autorización permanecerá efectiva durante 60 días después de la fecha en que la firme, a no ser que otra fecha o evento esté especificado aquí: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación, si no es usted mismo: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

**YO, CON LA PRESENTE, CANCELO LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR A PARTIR DE ESTA FECHA:**  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La redivulgación de la información sobre abuso de alcohol y drogas: Esta información le ha sido divulgada del historial protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las Reglas Federales le prohíben la divulgación de cualquier información adicional salvo que la información adicional sea expresamente permitida a través de un consentimiento escrito, por la persona a quien ésta pertenece o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las Reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar la criminalidad o para procesar a cualquier paciente que abusa alcohol o drogas (52 FR 41997, 2 Noviembre, 1987) 202.1 RM B