

Autorizo al departamento de salud de condado de Knox para **solicitar / revelar (marcar uno)** información de salud privada. Esta información puede ser utilizada para o recibida por la siguiente organización:

Liberar a / solicitar de

Liberar a / solicitar de

Departamento de salud del Condado de Knox

Departamento Expedientes Médicos  
140 Dameron Avenue  
Knoxville, TN 37917  
Teléfono: 865-215-5024  
Fax: 865-215-5002

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

El tipo de información que se usará o será compartida es la siguiente (marque las casillas que desee usar /otras informaciones no mencionadas, **marca en otro registro**):

registros médicos para todos los servicios adquiridos en los últimos 3 años  
 Registro completo  
 Récord de Inmunización  
 Lista de alergias  
 resultados de laboratorio (fechas y tipos de prueba de laboratorio que desea que sea revelada)  
\_\_\_\_\_  
 informes de imágenes y rayos-x (fechas y tipos de rayos-x y o imágenes a revelarse) \_\_\_\_\_

Historia médica mas reciente  
 Resumen de la historia médica de la más reciente visita  
 Récord de Embarazo  
 Lista actualizada de medicamentos  
 Informes de consulta (nombre del doctor) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Otras registros (por favor describes)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que la información de mi registro de salud puede incluir información relacionada con (**comprobar solo casillas que desee liberar a / solicitar de**):

- Enfermedades sexual transmitida    Planificación de familia    Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)    Tratamiento por abuso de drogas y o alcohol
- Servicios de salud y comportamiento o mentales (no incluíos los registros de Salud Mental de Cherokee)    Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

La información que estoy autorizando la revelación se utilizará para los fines siguientes:  mis registros personales    Compartir con otros proveedores de atención médica según sea necesario    Otras (por favor describa) \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que una vez que la información ha sido relevada, los registros pueden presentarse nuevamente por el destinatario y la información no será protegida por la legislación de privacidad federal a menos que existan leyes estatales o federales específicas o reglamentos que prohíben la revelación. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información anteriormente mencionada es voluntaria. No me hace falta firmar este formulario para tratamiento de salud. Entiendo que el departamento de salud del Condado de Knox puede recibir indemnización por su uso o divulgación de la información emitida tras esta autorización.

Esta autorización caducará 12 meses desde la fecha en que fue firmada a menos que especifique lo contrario. Fecha de \_\_\_\_\_ de expiración.

He recibido una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_ Dado que el paciente no puede leer, he explicado el material verbalmente y respondí a sus preguntas. (Por favor inicial)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ del representate legal (relación)

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
fecha