



Autorización para Revelar Información

Apellido	Nombre	Inicial (/ /)	
Nombre(s) anterior(es si lo(s) hay	Teléfono	Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Información Específica Que se Pide

Reportes de lab Inmunizaciones

Transferir Mis Archivos Médicos Desde (Por favor circule):

Departamento de Salud del Distrito Central 707 N. Armstrong Place Boise, ID 83704 Fax (208) 327-8580 Teléfono (208) 327-7450	Departamento de Salud del Distrito Central 703 North 1 st McCall, ID 83638 Fax (208) 634-2174 Teléfono (208) 634-7194	Departamento de Salud del Distrito Central 520 E. 8 th N Street Mt. Home, ID 83647 Fax (208) 587-3521 Teléfono (208) 587-4407
--	---	--

Doctor/clínica/escuela				Doctor/clínica/escuela			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
()	()			()	()		
Teléfono	Fax			Teléfono	Fax		

Por Favor Envíe Copia de Mis archivos Médicos a (Por favor escriba claramente):

Departamento de Salud del Distrito Central 707 N. Armstrong Place Boise, ID 83704 Fax (208) 327-8580 Teléfono (208) 327-7450	Departamento de Salud del Distrito Central 703 North 1 st McCall, ID 83638 Fax (208) 634-2174 Teléfono (208) 634-7194	Departamento de Salud del Distrito Central 520 E. 8 th N Street Mt. Home, ID 83647 Fax (208) 587-3521 Teléfono (208) 587-4407
--	---	--

Doctor/clínica/escuela				Doctor/clínica/escuela			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
()	()			()	()		
Teléfono	Fax			Teléfono	Fax		

Consentimiento

Entiendo que mis archivos médicos pueden contener información personal y delicada. Revelar esta información es voluntario y protegido por la ley. La clínica, sus empleados, oficiales, y doctores contratados están libres de responsabilidad u obligación por revelar estos registros de la manera aquí indicada y autorizada. Yo específicamente autorizo la divulgación y revelación de la siguiente información a la(s) persona(s)/clínica(s) y señalo **si** en el cuadrado (IDAPA 16.05.01 Protección y divulgación de archivos del departamento, Acta de Salud Publica 523-527)

Si No Doy autorización para enviar por Fax mis archivos médicos para revelar o divulgar la información indicada arriba. (IDAPA 16.05.051)

Entiendo que no se cumplirán peticiones telefónicas. Peticiones tienen que hacerse por escrito y usando la autorización para revelar información. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si no lo hago será válida por 24 meses desde la fecha en que la firmo.

Firma del cliente	Fecha	
Firma de persona que no es el cliente	Responsabilidad legal con el paciente	Fecha

Para mejorar la salud de nuestras comunidades por identificando soluciones sostenibles en cuestiones de salud comunitario, formando asociaciones para llevar a cabo estrategias y demostrando nuestro éxito a través de medida de resultados.

MAIN OFFICE *707 N Armstrong Place, Boise, ID 83704-0825 (208) 327-7450 Fax (208) 327-8580

Jan 2011 sb