UTAH COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA PERMITIR EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
En cumplimiento de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Yo, _____, (fecha de nacimiento) _____
(escriba su nombre completo) (mes / día / año)

doy permiso al **Departamento de Salud del Condado de Utah (UCHD)** para divulgar la siguiente información:

☐ Mis registros de salud; o
☐ Los registros de salud de mi hijo/a menor (excepto por ITS/STI)
Nombre del hijo/a menor: _____
Fecha de nacimiento del menor: _____
(mes/día/año)

(marque todos los registros que necesita)

iniciales	**tipo de registro**	**(mes/año) a fecha**	**(mes/año)**
	Registros de inmunización/vacunas		
	Registros de laboratorio de fecha		
	Registros de inmigración entre la fecha		
	Examen de tuberculosis y/o tratamientos entre la fecha		
	Registros de visitas de cáncer/clínica de la mujer entre		
	Registros de infección de transmisión sexual entre		
	Otro tipo de registro:		

(Nota: algunos registros se destruyen después de un cierto número de años y ya no están disponibles.)

UCHD puede divulgar esta información de salud al siguiente destinatario:
Nombre (o titulo) y organización (si se aplica): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____Estado: _____Código Postal: _____
Teléfono: _____Email: _____
Relación a mí: _____**Fax:** _____

El propósito de esta autorización es (por favor, sea específico): _____
Esta autorización termina:
☐ En esta fecha: _____
☐ Cuando ocurra lo siguiente (por ejemplo, edad específica, situación o muerte): _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando los usos o divulgaciones ya se hayan realizado en base a mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte reveladora correspondiente. Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados en base a mi permiso original no pueden ser retirados.

También entiendo que cualquier divulgación realizada está sujeta a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, 45 CFR, Partes 160 y 164, y que los destinatarios de esta información NO pueden volver a divulgar esta información a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

☐ Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de UCHD.

Firma: _____**Fecha:** _____

Firma del padre / tutor,
o representante autorizado: _____**Fecha:** _____

Nombre impreso del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____

UTAH COUNTY
HEALTH DEPARTMENT

Si no puedo hacer esta solicitud en persona mostrando mi identificación personal (ID), he enviado por fax *, **junto con una copia de mi identificación legal actual con fotografía**, esta solicitud completada al Departamento de Salud del Condado de Utah.

O:

Verifiqué mi identificación con un notario público como se indica a continuación y envié por fax* o correo electrónico** esta solicitud al Departamento de Salud del Condado de Utah.

I have verified my ID with a Notary Public as noted below and faxed* or emailed** this request to Utah County Health Department.

STATE OF _____)

COUNTY OF _____)

On this _____day of _____, 20____, personally appeared before me _____the signer of the above instrument, who duly acknowledged to me that they execute the same.

My Commission expires:

NOTARY PUBLIC

***Fax Number (número de fax) for Utah County Health Department (UCHD): 801-851-7055**

****Email (correo electrónico):** lisath@utahcounty.gov

Patient, Parent, Guardian or Authorized Representative requests that UCHD sends the requested records to one of the following:

☐ **Fax number:** _____

☐ **Email Address:** _____

☐ **USPS Mail Address listed on the first page.**

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REQUEST FILLED: _____ BY: _____

IDENTIFICATION PRESENTED: _____

***** Confidentiality Notice *****

The information in this fax or email may be confidential and/or privileged. This fax or email is intended to be reviewed by only the individual or organization named above. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any review, dissemination, or copying of this fax or e-mail and its attachment, if any, or the information contained herein, is prohibited. If you have received this fax or e-mail in error, please immediately notify the sender by return fax or e-mail and delete/destroy this information.

Form updated 1/9/2026