

### 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):**

- \_\_\_\_ Registros de inmunización/vacunas  
 \_\_\_\_ Registros de laboratorio de fecha \_\_\_\_\_ (mes/año) a fecha \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 \_\_\_\_ Registros de inmigración entre la fecha \_\_\_\_\_ (mes/año) y \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 \_\_\_\_ Examen Físicos entre la fecha \_\_\_\_\_ (mes/año) y \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 \_\_\_\_ Examen de tuberculosis y/o tratamientos entre la fecha \_\_\_\_\_ (mes/año) y \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 \_\_\_\_ Registros de visitas de cáncer/clínica de la mujer entre \_\_\_\_\_ (mes/año) y \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 \_\_\_\_ Registros de infección de transmisión sexual entre \_\_\_\_\_ (mes/año) y \_\_\_\_\_ (mes/año).  
 - 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 título) 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.

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

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

151 South University Avenue, Provo, Utah 84601-4427



Nombre impreso del solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

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](mailto: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.