CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA ENVIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL POR FAX

Las leyes de la Florida exigen que la información contenida en los expedientes médicos se mantenga en confidencia absoluta y que no sea dada a conocer a terceros sin que usted dé su autorización por escrito. Usted debe otorgar una autorización específica por escrito para poder comunicar a terceros ciertos tipos de información médica confidencial. El Departamento de Salud de la Florida puede enviar por fax información médica confidencial a un proveedor del cuidado de la salud o recibir por fax información que fue solicitada de otro proveedor con su permiso. El envío por fax de dicha información es voluntario. No se le negarán servicios si usted se niega a permitir que su información confidencial sea enviada por fax.

Se tomarán precauciones para asegurar que su información llegue segura a su destino, pero los faxes pueden ser enviados a un número de fax equivocado.

Yo, _____ , **por la presente autorizo a:** _____
(nombre del cliente o representante legal) (Agencia o persona en posesión del expediente)

_____
Dirección (calle, ciudad, estado) de la agencia o persona con el expediente

a enviar por fax la siguiente información: (escriba sus iniciales junto a las siguientes opciones según lo que corresponda)

_____ a. Expedientes de STD* _____ b Expedientes de TB* _____ c. Expedientes del VIH /SIDA*
_____ d. Expedientes de tratamiento para el abuso del alcohol o drogas _____ e. Expedientes acerca de información siquiátrica o psicológica
_____ f. Información acerca del abuso de adultos y de niños _____ g. Otros (especificar) _____

*STD: Enfermedades transmitidas por contacto sexual; TB: Tuberculosis; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Esta información será enviada por fax a:

Nombre del proveedor (destinatario del fax) _____
Nombre del contacto _____
Número telefónico del proveedor _____
Número de fax del proveedor _____

_____ _____ _____
Firma del cliente o representante legal **Fecha** **Testigo**

_____
Parentesco del representante legal con el cliente

UTILICE ESTE ESPACIO SÓLO SI EL CLIENTE CANCELA SU CONSENTIMIENTO

_____ _____
Fecha de revocamiento del consentimiento **Firma del cliente o representante legal**

_____ _____
Testigo **Parentesco del representante legal con el cliente**

Nombre del cliente _____
Número de Identificación _____
Fecha de nacimiento _____

DH 2116S, 2/01
Stock # 5744-00S-2116-0