

Departamento de Salud del Condado de Mobile

Formulario de Autorización

Tratamiento

Doy mi autorización para que yo o la persona nombrada arriba recibamos servicios de salud médica o dental. Esta autorización incluye exámenes físicos y psicosociales, pruebas de laboratorio (incluyendo pruebas para enfermedades de transmisión sexual), vacunas de rutina, y otros tratamientos médicos, o actividades de salud preventiva, según lo ordene el médico o dentista.

Yo entiendo que mi historial médico o de la persona nombrada arriba, pueden ser divulgados a cualquier trabajador de salud dentro del Departamento de Salud del Condado de Mobile que esté involucrado con mi cuidado médico o de la persona nombrada arriba. Además, en caso necesario, autorizo al Departamento de salud del Condado de Mobile para hacer remisiones que puedan contener mi información médica o de la persona nombrada arriba, a médicos externos para ayudar en el tratamiento.

Yo entiendo que si se requiere de un procedimiento invasivo, prueba para detectar la presencia del VIH-SIDA o la extracción de un diente permanente como parte de mi tratamiento o de la persona nombrada arriba, se me dará la oportunidad de firmar un formulario de autorización por separado informándome sobre el tratamiento o prueba en particular y para ningún otro tratamiento o análisis. La autorización explicará los beneficios y riesgos asociados con el procedimiento o prueba a realizar.

Pago

Yo autorizo la divulgación de toda o parte de mi información médica pertinente o de la persona nombrada arriba, para procesar un reclamo y solicitud de pago de Medicaid, Medicare u otras compañías de seguros o individuos responsables para conmigo o con el Departamento de Salud.

Operaciones de Atención Médica

Yo autorizo para que cualquier información de mi historia médica o de la persona nombrada arriba, sea fotocopiada o microfilmada por compañías fuera del Departamento de salud y ser remitidas a terceras partes.

También autorizo el envío de mi historial médico o de la persona mencionada arriba, para operaciones de cuidado rutinario como evaluaciones y revisión de la calidad de cuidado médico que yo o la persona arriba mencionada hemos recibido, como también la competencia de los profesionales de la salud que trabajan en nombre del Departamento de Salud del Condado de Mobile.

Yo acepto que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Mobile que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información médica o de la persona nombrada arriba.

En consideración por los servicios médicos recibidos por mí o la persona nombrada arriba, estoy de acuerdo en liberar al Departamento de Salud del Condado de Mobile, miembros de la Junta Directiva, directores, funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, de cualquier responsabilidad legal originada por estos servicios de salud.

Yo entiendo que el estado de Alabama me permite dar autorización para el tratamiento si tengo 14 años de edad o más, y que si estoy en este rango de edad, no requiero de ninguna otra autorización y que soy el único propietario de mi historial médico y que yo soy el único autorizado para divulgar dicha información.

Firma del Paciente, Padre, o Representante Autorizado

Fecha

Testigo

Fecha