

FIRMA _____

Departamento de Salud y Servicios Sociales de Carolina del Norte
Enfermería de Salud Publica

**PERMISO PARA USAR Y DIVULGAR
INFORMACION SOBRE SALUD DEL PACIENTE**

Last Name First Name MI

Patient SS#: _____

Date of Birth: ____/____/____

Yo certifico que he recibido una copia del documento: "Aviso de Normas de Privacidad" de el
Departamento de Salud del Condado/Distrito de MACON y comprendo que puedo llamar a
la persona citada anteriormente, si tengo alguna pregunta acerca del contenido de dicha información.

Paciente/Padres/Representante Legal

Fecha

Testigo

Yo doy mi consentimiento voluntario para que el Departamento de Salud del Condado/Distrito de
MACON utilice y divulgue la información médica/de salud del paciente:

Nombre del paciente

con el propósito de tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud.* Yo entiendo que la
información de salud/médica utilizada y divulgada puede incluir información sobre enfermedades
contagiosas (como el SIDA). Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento,
con la excepción de acciones que hayan sido tomadas previamente basadas en este documento. Yo
entiendo que este consentimiento es válido hasta que yo lo anule y que si quisiera anularlo debo hacerlo
por escrito.

* Favor referirse al documento "Aviso de Normas de Privacidad" para definición de los términos
"tratamiento", "pago", y "funciones de cuidado de salud".

Firma del paciente

Fecha

Firma de padres, representante legal, o cualquier otra persona legalmente responsable (cuando exigido)

Fecha

Testigo

Fecha