



**Hillsborough  
County Florida**

**Autorización de paciente**

---

**Autorización de paciente del Condado de Hillsborough para usar y divulgar información de salud protegida (PHI)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar esta Autorización, por la presente ordeno el uso o divulgación por el Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough de cierta información de salud protegida (PHI) perteneciente al paciente mencionado arriba. Esta Autorización se refiere a la siguiente información sobre el paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta información puede ser utilizada o revelada por el Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough y puede ser revelada a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough ya haya actuado en relación a esta Autorización. Para revocar esta Autorización, entiendo que debo hacerlo por medio de una solicitud por escrito al Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough Condado, Oficial de enlace de HIPAA del Departamento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tampa, FL 33601

\_\_\_\_\_@hillsboroughcounty.org

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará sujeta a las protecciones de privacidad establecidas por la ley.



## Hillsborough County Florida

Entiendo que mi autorización por escrito no es requerida para que el Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough use mi información médica protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se va a usar o divulgar como parte de esta Autorización. La Autorización está siendo solicitada por el Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough para los siguientes propósitos:

---

---

---

El uso o divulgación de la información solicitada si \_\_\_ / no \_\_\_ dará lugar a una remuneración directa o indirecta al Departamento de \_\_\_\_\_ del Condado de Hillsborough de un tercero.

Reconozco que he leído las disposiciones de la Autorización y que tengo el derecho de negarme a firmar esta Autorización. Comprendo y acepto sus términos.

Esta autorización expira el: \_\_\_\_\_ (fecha o evento).T

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

**Información de representante personal (si el que firma no es el paciente):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (padre, encargado legal, etc.): \_\_\_\_\_

Describa la autoridad del representante personal:

---

---

Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_