

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho
Autorización para Divulgar Información

Por favor complete y devuelva esta información a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

Disponible en Español. Proveemos los servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 o al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Dirección para Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Información del Solicitante

(Debe de completarse si la autorización esta siendo llenada por otra persona ajena al sujeto de la información. Por favor provea documentación de su autoridad).

Nombre del Solicitante (de ser diferente al del cliente) _____ Teléfono _____

Dirección Para Enviar Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Detalles de Autorización

Yo autorizo a la siguiente persona, organización o negocios _____

a divulgar mi información confidencial a: Nombre _____

Dirección: _____ Estado _____ Apartado Postal _____

con el propósito de _____

Por favor describa en detalle la información a ser divulgada _____

Esta autorización expirara en 6 meses amenos que otra fecha o evento sea especificado aquí _____

Yo entiendo que, cuando yo pida una copia del formulario de autorización completo y firmado, me estará disponible. Yo entiendo que, puedo revocar esta autorización por escrito, a cualquier hora, excepto en el grado en que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Yo puedo someter por escrito una declaración de revocación a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar. Yo entiendo que la persona o entidad que reciba mi información confidencial puede que no este requerida a prevenir la divulgación o uso no autorizado de la misma.

Yo entiendo que esta autorización, a menos que yo exprese por escrito una limitación, será extendida en todos los aspectos de mi tratamiento incluyendo pruebas y/o tratamiento para enfermedades de contagio sexual, SIDA, o infección de VIH, abuso de alcohol y/o drogas y condición de salud mental.

Yo entiendo que mi firma en este formulario no es requerida par el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, y que una copia de esta autorización será tan valida como una original.

Su Firma _____ **Fecha** _____

Su firma deberá de ser notariada si no nos es posible verificar su identidad y si usted somete esta solicitud por correo.