



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

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 (Primero, Segundo, Apellido):

Fecha de Nacimiento:

Teléfono:

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 debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.