



**COLLIN COUNTY**

Collin County Health Care Services  
825 N. McDonald St. Suite 130  
McKinney, Texas 75069  
Phone: 972-548-5500  
Fax: 972-548-4441

**Collin County Health Care Services (CCHCS)**  
**Autorización de Divulgación de Información Médica Protegida**

Nombre del Paciente (Apellido, Segundo Nombre, Primer Nombre):			Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Autorizo a Collin County Health Care Services (CCHCS) a **divulgar** información médica a la siguiente persona/agencia.

<p>La siguiente clínica dará información médica:</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Enfermedad Transmisible (ETS)</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Eliminación (TB)</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Clinica de Los Empleados</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Inmunizaciones</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Abuso de Sustancias</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Todas Clínicas de CCHCS</u></p>	<p>Información médica debe ser divulgada a:</p> <p>Nombre _____ (Individual, Médico, Hospital, Clínica, etc.)</p> <p>Dirección: _____ _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p>
---	--

Metodo de Divulgacion\*1:  Recogida en Persona  Correo  Fax\*2

\*1Espera es 10 dias de negocio para completar la dilvugacion \*2Registros de ETS/VIH no se pueden enviar por fax.

Rango de Fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  Todo Tiempo

Esta solicitud y autorización se extiende SÓLO a:

- Registros de Inmunización
- Resultados de Laboratorio
- Informes de Imágenes/Radiología
- Información relacionada con la siguiente condición, lesión o tratamiento: \_\_\_\_\_
- Toda información médica relacionada con el paciente (registro médico completo)
- Otra (Especificar): \_\_\_\_\_

Entiendo que la información médica mantenida por CCHCS para el paciente mencionado anteriormente es confidencial, está protegida por HIPAA y no puede divulgarse sin una autorización específica por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario. Por la presente, solicito y autorizo voluntariamente que se divulguen los registros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando mi revocación por escrito a CCHCS, Atención: Oficial de Privacidad, 825 N. McDonald St., Ste. 130, McKinney, TX, 75069. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en virtud de esta autorización. Esta autorización estará vigente hasta que CCHCS reciba mi revocación por escrito o durante un año a partir de la fecha en que se firmó este comunicado.

\*\*\*AVISO A LA PERSONA O AGENCIA QUE RECIBE ESTA INFORMACIÓN\*\*\*

Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida. Las leyes y los reglamentos le prohíben hacer más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. CCHCS y la(s) persona(s) nombrada(s) arriba quedan liberados por la presente de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información como se indicó anteriormente si la divulgación está de acuerdo con esta autorización.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Relación del Solicitante con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CCHCS Approver Signature: \_\_\_\_\_