AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del Cliente:_____ Número del Archivo:_____

Número de Seguro Social:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Nombre y Dirección
Del Proveedor Médico _____

_____

_____

Yo,_____, por medio de la presente, autorizo al proveedor de salud arriba mencionado a presentar información pertinente a mis servicios médicos y sociales, al igual que documentos relacionados con mi historial médico, mi condición física y mental, servicios y todos los tratamientos provistos hacia mi persona, a:

Nombre y Dirección
Del Programa _____

_____

_____

Específicamente, yo autorizo a compartir mi historial médico relacionado con mi estado de VIH/SIDA. Iniciales del cliente:_____.

Yo entiendo que, como parte del proceso de mi solicitud para servicios a travéz de_____ _____, mi condición médica debe de ser evaluada para determinar mi eligibilidad para manejamiento de casos y servicios relacionados. La información revelada por ésta autorización será utilizada solamente con el propósito de administración del programa. Tambien le autorizo a _____ que mande informacion por fax a la Oficina Del SIDA Del Estado.

Esta autorización es **efectiva hoy mismo** y se mantendrá vigente hasta la fecha en que yo mismo la revoque por escrito, ó **dos años depues de la fecha de hoy**.

Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de ésta autorización.

Firma_____ **Fecha**_____
(Cliente / Representante Legal)

Si ha sido firmado por otra persona, indique la relación_____