Fairfax County Health Department
Authorization for Disclosure of Protected Health Information

DISCLOSURE AUTHORIZATION **Name:_____ DOB: ___/__/____**

As the person signing this authorization, I understand that:

- The provision of treatment or payment cannot be conditioned on my signing of this authorization.
- Any health information re-disclosed by a recipient may no longer be protected by this authorization.
- The original or copy of the authorization shall be included in my medical record.
- I have a right to revoke this authorization at any time, except to the extent that action has been taken prior to my request to withhold my medical record. The request must be in writing and will be effective upon delivery to the provider in possession of my medical records.

❑ I do **not** authorize disclosure of my health information to anyone, other than for treatment, payment and health care operations

I am authorizing _____ (health department) to disclose my health information to the following organization(s) or person(s) specified below:

Beginning Date	Expiration Date	Organization(s) or Person(s)	Purpose for Disclosure	Information to be Disclosed	Date Rescinded (by FCHD Staff)	Rescinded by (Staff Initials)

This information may be disclosed immediately.

PERSONAL CARE REPRESENTATIVE

❑ I do not authorize anyone to act as my personal representative

❑ I authorize you to discuss my health information with the following individual(s) acting as my personal care representative:

Name and Relationship of Personal Care Representative:	

ALTERNATIVE METHOD OF CONTACT

❑ I do not wish to be contacted in any way other than my home address and/or phone number..

❑ I prefer that you contact me in a way other than my home address and/or phone number. I wish to be contacted in the following manner:

Alternative Contact Information:	

_____ _____

Print Name Date

_____ _____

Signature Relationship to Patient

This form must be reviewed with the patient at least annually:

Date Reviewed	Staff Initials

Fairfax County Health Department
Autorización para la divulgación de información protegida de salud

AUTORIZACION DE DIVULGACION Nombre:_____ Fec. Nac.: ___/__/____

Como la persona firmando esta autorización, yo entiendo que:

- El proporcionar tratamiento o pago no puede condicionarse al firmar esta autorización.
- Cualquier información de salud divulgada de nuevo por un beneficiario podrá no ser protegida por esta autorización.
- El original o copia de la autorización será incluida en mi expediente médico.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, con excepción de la medida en que esa acción haya sido tomada antes de mi solicitud de retención de mi expediente médico. La petición debe ser por escrito y será efectiva a partir de su entrega al proveedor en posesión de mis expedientes médicos.

❑ **No** autorizo la divulgación de mi información de salud a nadie, además de para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud

Autorizo a _____ (departamento de salud) para que divulgue mi información de salud a la(s) siguiente(s) organización(es) o persona(s) especificada(s) a continuación:

Fecha de inicio	Fecha de vencimiento	Organización(es) o persona(s)	Propósito de la divulgación	Información que será divulgada	Fecha de Anulación (por personal de FCHD)	Anulada por (Iniciales de personal)

Esta información puede ser divulgada inmediatamente.

REPRESENTANTE DE CUIDADO PERSONAL

❑ No autorizo a nadie para actuar como mi representante personal

❑ Autorizo a discutir mi información de salud con el/las siguiente(s) persona(s) para que actúen como mi representante de cuidado personal:

Nombre y relación del representante de cuidado personal:	

METODO ALTERNO DE CONTACTO

❑ No deseo ser contactado/a de ninguna otra manera además de mi dirección de casa y/o número de teléfono.

❑ Prefiero ser contactado de otra manera además de mi dirección de casa y/o número de teléfono. Deseo que me contacten de la siguiente manera:

Información alterna de contacto:	

_____ Nombre en letra de molde

_____ Fecha

_____ Firma

_____ Relación con el paciente

Este formulario tiene que ser revisado con el paciente por lo menos una vez al año:

Fecha revisada	Iniciales del personal