



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE**

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud sobre mi cuidado y tratamiento sea divulgada tal y como se establece en este formulario:

De conformidad con la ley del Estado de Tennessee y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), entiendo que:

- Firmar esta autorización es un acto que hago de mi propia voluntad. Mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados por esta autorización de divulgación.
- La información revelada en virtud de esta autorización puede ser vuelta a revelar por el destinatario, y es posible que dicha revelación no esté protegida por la ley federal o estatal.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento presentando una revocación por escrito al departamento de salud del condado indicado a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará la información divulgada o las acciones tomadas antes del recibo de la revocación por escrito.
- Las copias de esta autorización podrán ser utilizadas con el mismo vigor que el documento original.

Nombre de la entidad autorizada a divulgar la información:

La información puede ser divulgada a:

Nombre	Dirección
--------	-----------

Los registros autorizados para ser divulgados: (Marque todo lo que corresponda. Los registros que no sean marcados no serán divulgados.)

Prueba de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)

Esta información será usada para los siguientes fines:

Usada por el director de servicios médicos de la institución para mitigar el riesgo de transmisión de COVID

Esta autorización caducará en: (de no indicarse fecha, esta autorización caducará en el plazo de un año a partir de la fecha de la firma)

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

Firma del paciente o de su representante

Fecha

**Nombre impreso del paciente o representante
Relación con el paciente (si lo firma el representante)**