



DIVERSITY HEALTH CENTER

- 303 Fraser Drive Hinesville, GA 31313 912-877-2227 Fax: 912-877-2332  
 213 N. McDonald St. Ludowici, GA 31316 912-545-9398 Fax: 912-545-2747  
 502 E. General Stewart Way, St. A, Hinesville, GA 31313 912-368-1959 Fax: 912-368-1966
- Dirección Postal para todas las ubicaciones: Apartado Postal 1520 Hinesville, GA 31310

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre Anterior: \_\_\_\_\_ Nro. de Seguro Social : \_\_\_\_\_

Yo solicito y autorizo:

(su médico actual) \_\_\_\_\_ Nro. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Para divulgar la información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorización aplican a:

- Información médica referente al tratamiento, condición, laboratorios, consultas, diagnósticos, etc...  
 Toda la información médica  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Definición:** Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) definida por la ley 70.24 y ss. del RCW, incluye herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga, verrugas genitales, condiloma, clamidia, uretritis inespecífica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma Venéreo, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y gonorrea.

Sí  No

Yo autorizo la divulgación de los resultados de ETS, pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativas o positivas, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Yo entiendo que la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente será(n) notificada(s) de que debo otorgar un permiso escrito específico antes de declarar estos resultados de la prueba a cualquier persona.

Sí  No

Yo autorizo la divulgación de cualquier registro de drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha Firmada: \_\_\_\_\_