

SECCIÓN F: OFICINA DE PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Siendo la persona que firma esta autorización, comprendo que autorizo al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a la(s) persona(s) u organización(es) que se indican a continuación.

- Comprendo que la administración de este tratamiento no puede depender de mi firma de esta sección de Autorización de divulgación.
- Cualquier información médica que ustedes vuelvan a divulgar ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de esta autorización en mi historia clínica.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en lo que se refiere a actividades que se hayan realizado antes de que yo solicite que no se revele mi historia clínica. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva cuando se entregue al proveedor en posesión de mi historia clínica.
- Autorizo al VDH a divulgar mi información médica a mi médico de atención primaria.
- Comprendo que este registro será guardado por diez años a partir de la última visita o por cinco años después de los 18 años de edad, lo último que ocurra.
- Comprendo que este documento será entregado y conservado por el departamento de salud pública.

SECCIÓN G: NOTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO

(Exigido por la sección 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), y sus modificaciones)

Si el profesional médico o la persona que actúa bajo la dirección y el control del profesional médico queda expuesto directamente a mi sangre de modo tal que pueda transmitirse una enfermedad, comprendo que la ley exige que yo dé una muestra de sangre para exámenes futuros. Comprendo que los exámenes que se realicen son para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis u otras enfermedades infecciosas, y que el médico o profesional médico le informará al proveedor expuesto y a mí sobre los resultados de los exámenes.

Comprendo que el Departamento de Salud de Virginia no divulgará las historias clínicas privadas a menos que esté previamente autorizado o sea necesario para continuar con los cuidados.

Escriba su nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date Dose Administered	Item code	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
	H1N1-Mist				NAS	
	H1N1-PED-PC				RA LA S	
	H1N1-PED-PF				RA LA	
	H1N1-3PLUS-PC				RA LA	
	H1N1-3PLUS-PF				RA LA	

Comments: (Enter reason if vaccine not administered)

Provider Signature: _____ Date: ____/____/____