

Fairfax County Health Department Combined HIPAA Form

Authorization to Share Protected Health Information; Personal Care Representative; Alternate Method of Contact

Client Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

PERMISSION TO SHARE MY HEALTH INFORMATION:

I understand that:

- The Health Department cannot deny you services if you choose not to sign this authorization
- Any protected health information shared by the recipient below may no longer be protected by this authorization.
- This authorization will be filed in your medical record.
- I have the right to cancel this authorization at any time. The cancelation **must be provided in writing and will become effective once delivered to the Health Department.**

I do not give the Health Department permission to share my health information with anyone except for purposes of treatment payment of health care operations.

I do give the Health Department permission to share my health information with the following person(s):

Beginning Date	Expiration Date	Persons Name	Purpose for Disclosure	Information to Share	Date Canceled	Canceled By
				<input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Entire Record Except for: Communicable Disease (including HIV) Other: _____		
				<input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Entire Record Except for: Communicable Disease (including HIV) Other: _____		
				<input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Entire Record Except for: Communicable Disease (including HIV) Other: _____		

PERSONAL CARE REPRESENTATIVE:

- I have not given anyone legal authority to act as a personal care representative allowing them to make health care decisions on my behalf.
- I have given the following individual legal authority to act as a personal health care representative allowing them to make health care decisions on my behalf.

Name of Personal Care Representative: _____ Relationship to client: _____

REQUEST ALTERNATIVE METHOD OF CONTACT:

- Contact me using the address and phone number on file in my health record.
- Do not contact me using the address or phone number on file in my health record. I prefer that you contact me using the following **Alternative Contact Information:** _____

Name: _____ Signature: _____

Relationship to Client: _____ Date: _____

This form must be reviewed with client at least annually

Date Reviewed	Staff Initials

**Fairfax County Health Department
Combined HIPAA Form**

Autorización para compartir información protegida sobre salud; Representante de cuidados personales; Método alternativo de contacto

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

PERMISO PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que:

- El Departamento de salud no puede negarle servicios si elige no firmar esta autorización.
- Cualquier información protegida sobre salud que sea compartida por el destinatario a continuación podría ya no estar protegida por esta autorización.
- Esta autorización se archivará en su registro médico.
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación **debe presentarse por escrito y entrará en vigencia una vez que se entregue al Departamento de salud.**

No autorizo al Departamento de salud a compartir mi información de salud con nadie, excepto para propósitos de pago del tratamiento de las operaciones de atención de la salud.

Sí autorizo al Departamento de salud a compartir mi información de salud con la(s) siguiente(s) persona(s):

Fecha de inicio	Fecha de expiración	Nombre de la persona	Propósito de la divulgación	Información que se compartirá	Fecha de cancelación	Cancelado por
				<input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Registro completo excepto por: Enfermedad transmisible (incluido VIH) Otros: _____		
				<input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Registro completo excepto por: Enfermedad transmisible (incluido VIH) Otros: _____		
				<input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Registro completo excepto por: Enfermedad transmisible (incluido VIH) Otros: _____		

REPRESENTANTE DE CUIDADOS PERSONALES:

- No he brindado a nadie la autoridad legal para actuar como representante de cuidados personales, que le permita a dicha persona tomar decisiones de atención médica en mi nombre.
- He proporcionado a la persona a continuación la autoridad legal para actuar como representante de cuidados de la salud, que le permite tomar decisiones de atención médica en mi nombre.

Nombre del representante de atención personal: _____ Relación con el cliente: _____

SOLICITAR MÉTODO ALTERNATIVO DE CONTACTO:

- Solicito que se comuniquen conmigo a través de la dirección y el número de teléfono indicados en mi registro de salud.
- No comunicarse conmigo a través de la dirección o el número de teléfono indicados en mi registro de salud. Prefiero que se comuniquen conmigo a través de la siguiente **Información de contacto alternativa:** _____

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el cliente: _____ Fecha: _____

Este formulario debe ser examinado con el cliente al menos una vez al año

Fecha de revisión	Iniciales del personal