

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a: \_\_\_\_\_  
a divulgar a:

\_\_\_\_\_  
*(Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)*

\_\_\_\_\_  
*(Domicilio – calle, ciudad, estado, código postal)*

\_\_\_\_\_  
*(Dirección de correo electrónico)*

#### La Siguiete Información:

- a.  Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido; o
- Sólo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):

\_\_\_\_\_

b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

- Información sobre tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_ (inicial)
- Resultados de análisis de VIH \_\_\_\_\_ (inicial)
- Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción \_\_\_\_\_ (inicial)

Se requiere una autorización adicional para permitir la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.

### OBJETIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados:  Solicitud de paciente; o  Otro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



MR25251

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Limitaciones, si existen: \_\_\_\_\_

### VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (fecha): \_\_\_\_\_

### MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: 23845 McBean Parkway, Valencia, CA 91355 Att: Health Information Management Department. Mi revocación tendrá vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.
- Tengo derecho a solicitar que se me envíe la información sobre la salud por correo electrónico no seguro, aunque exista el riesgo de que un tercero lea la información

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Solicito que me envíen por correo electrónico no seguro la información sobre la salud solicitada relacionada con la presente solicitud. *(Solo aplica si usted es el destinatario)*

### FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M./P. M.

Firma: \_\_\_\_\_  
*(paciente o representante legal)*

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
*(representante legal)*

#### Para uso interno únicamente

Date Request Received: \_\_\_\_\_

Date Request Completed: \_\_\_\_\_

Order Number: \_\_\_\_\_

MRN/Account Number: \_\_\_\_\_

Identity of Requestor Verified via:  Photo ID

Matching Signature  Other (specify) \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_



MR25251