

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