

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y/o uso de datos médicos individuales que lo identifican, como se describe a continuación, de acuerdo a la ley Federal y de California sobre la privacidad de tal información. **El no suministrar toda la información solicitada pudiera causar que ésta autorización no sea válida.**

USO O DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Teléfono alternativo: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 números de su seguro social: _____

De esta manera autorizo a _____

(Nombre del médico, hospital o profesional de atención médica)

para divulgar a:

Nombre del Solicitante: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____

Motivo por el cual se solicita la divulgación:

 Atención médica Personal Otro: _____

Fecha en que se dieron los servicios: _____

Esta autorización aplica a lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial Médico y Examen Físico | <input type="checkbox"/> Registro de Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Resumen al dársele de alta | <input type="checkbox"/> Laboratorio / Radiografías |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Tratamiento de VIH |
| <input type="checkbox"/> Información de Tratamiento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Abuso de Alcohol / Drogas |
| <input type="checkbox"/> Nota de oficina/clinica | <input type="checkbox"/> Informe de Sala de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas | <input type="checkbox"/> Información genética |
| <input type="checkbox"/> Examen físico (wellness) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Método de divulgación

 Recogido por el paciente: Papel CD Unidad flash Correo Correo electrónico

Si se manda por correo electrónico al paciente, indique el correo electrónico: _____

 Recogido por otra persona que no es el paciente

Nombre: _____

VENCIMIENTO

Esta Autorización se vencerá (un año a partir de la fecha de hoy): _____



NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser realizada por escrito, firmada personalmente por mí o por una persona que firme en mi nombre, y debe ser enviada a la siguiente dirección:

Kaweah Health
Health Information Management
400 W. Mineral King Avenue
Visalia, CA 93291

Mi revocación entrará en efecto desde el momento en que sea recibida, pero no tendrá efecto referente a los actos que el Solicitante u otras personas hayan realizado basándose en esta autorización.

Mi decisión de dar o de negarme a dar esta autorización no condicionará el tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría a su vez ser divulgada por el receptor y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, las leyes de California prohíben a la persona que recibe mi información médica divulgarla a los a otras personas, a menos que se obtenga otra autorización para esta divulgación de mi parte o que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Puedo examinar u obtener una copia de la información médica que me están pidiendo autorizar para usar o divulgar. Yo entiendo que lo anterior puede incluir TODOS los registros médicos, u otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización, y/o atención médica como paciente externo para mi condición, incluyendo *impedimento psicológico o psiquiátrico, abuso de drogas y/o alcoholismo y resultados de exámenes para detectar el VIH.*

Si este casillero está marcado , el Solicitante recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.

FIRMA

Paciente _____	Firma _____	Fecha/Hora _____
<input type="checkbox"/> Firmado por otra persona debido a la condición del paciente al momento de los servicios		
Firma de la otra persona _____	Fecha/Hora _____	Relación: _____

El profesional que atiende debe autorizar la divulgación de los registros Psiquiátricos y de Dependencia Química:

Por favor, marque una: Autorizo la divulgación No autorizo la divulgación

_____	_____	_____	_____	_____ am / pm
Physician	Signature	Physician #	Date/Time	

