



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 fisico (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 Delta Health Care District, 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

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