

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FAVOR INDICAR UNO:**

- Favor de **OBTENER** información **DE**:  
 Favor de **ENVIAR** mi información médica **A**:

\_\_\_\_\_  
Nombre de médico, hospital, u otra entidad

\_\_\_\_\_  
Dirección de calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Zip

**PARA FINES DE:**

- \_\_\_\_ Atención del paciente  
\_\_\_\_ Personal  
\_\_\_\_ Reclamación de seguros  
\_\_\_\_ Otro

**Lista de fechas específicas de  
archivos a emitirse:**

**Duración:** Esta autorización  
comenzará de inmediato y quedará  
con efecto hasta: (fecha) \_\_\_\_\_.

**AUTORIZO ENTREGA DE LOS SIGUIENTES ARCHIVOS:**

**Restricciones:** Entiendo que la información entregada puede estar sujeta a nuevas entregas por el destinatario y dejar de estar protegida. *(Sin embargo, según ley de California, destinatarios de información médica, ya sea que se haya entregado bajo autorización o estipulaciones discrecionales del Código Civil de California #56.10(x), no pueden seguir entregando esa información médica excepto según una nueva autorización o según específicamente lo exija o permita la ley.)*

**Derechos:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (ver la página dos de este formulario). Mi revocación tendrá efecto desde el momento de que lo recibamos, pero no puede ni podrá revocarse ninguna revelación ya hecha en base a la presente autorización. Es decir, la revocación rige desde el momento de recibirse la revocación por escrito, y no puede ni podrá afectar revelaciones hechas antes de la revocación.

**Firma:** \_\_\_\_\_  
(Paciente/representante legal) Fecha Hora

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación:

Witness (Testigo): \_\_\_\_\_

**Autorización para Entregar Información Médica**

**San Joaquin Community Hospital**

**Adventist Health**

Retain in Patient Record

Willis RAID: Web Sites: San Joaquin Hospital: artwork: text: 8610.22--Release of Info Spanish--Corporate.doc  
8610.22/2003 (Rev. 2/2004)

(Over)

\*\*\*\*\*For Office Use Only\*\*\*\*\*

Date Received: \_\_\_\_\_ Date Records Sent: \_\_\_\_\_

Identity of individual and/or legal representative verified

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medical Record Number

Clerk Initials

\*\*\*\*\*Revocación de la Autorización\*\*\*\*\*

Según las disposiciones del Aviso de Prácticas de Privacidad, por la presente revoco la

Autorización presente

Autorización que entrega información a: \_\_\_\_\_

Autorización con fecha \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(Paciente/representante legal)

Fecha

Hora

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación:

\_\_\_\_\_

Witness (Testigo): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*For Office Use Only\*\*\*\*\*

Date Revocation Received: \_\_\_\_\_

Identity of individual and/or legal representative verified

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medical Record Number

Clerk Initials

**Excepciones:**

Las excepciones anotadas en la sección "Derechos" en la página 1 de este formulario incluyen: Autorización para investigación científica; autorización para matricularse en plan de seguro médico; y autorización para el solo fin de crear información médica protegida para un tercero.