

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

* Indica que se **REQUIERE** esta información

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica personal.

No brindar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

*Nombre del paciente: _____ Registro médico N.º: _____

*Dirección: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Ciudad/Estado/Código postal: _____ Número de teléfono _____

Por favor, OBTENGA información DE:		Por favor, ENVÍE mi información médica A:	
*Nombre del Proveedor/Organización Adventist Health Glendale		*Nombre del Proveedor/Organización	
*Calle 1509 Wilson Terrace		*Calle	
*Ciudad/Estado/Código postal Glendale, CA, 91206		*Ciudad/Estado/Código postal	
*Número de teléfono	*Número de fax	*Número de teléfono	*Número de fax
<p>* Marque opción de entrega <input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Fax del proveedor # _____ <input type="checkbox"/> CD, si lo hay) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (encriptado _____)</p>			

* ¿Qué registros quiere? (Marque las casillas apropiadas a continuación):

a. Fecha (s) de (los) servicios: _____ / _____ / _____ hasta _____ / _____ / _____

- Resumen del alta Registros de la sala de emergencias Registros operación/procedimiento Facturación
- Resultados de pruebas (rayos X, resultados de laboratorio/patología) Favor especificar: _____
- Otros (registros de inmunización, listas de medicamentos) Favor especificar: _____

b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque según corresponda):

- Información sobre tratamiento de salud mental _____ (iniciales)
- Información sobre tratamientos del alcoholismo/drogadicción _____ (iniciales)
- Resultados de pruebas VIH _____ (iniciales)

Es necesaria una autorización especial para permitir la divulgación y el uso de las notas de psicoterapia, según la definición de las reglamentaciones federales que implementan la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud.

* Para propósito de: Pedido del paciente Otro: _____



Limitaciones, si las hubieran: _____
(La ley CMIA-CA de información médica requiere que esta autorización incluya tanto los usos específicos como las limitaciones, si las hubiera, en el uso de la información médica por parte de la(s) persona(s) o entidades autorizadas para recibir la información médica.)

* **Duración:** Esta autorización entrará en vigor en el momento de la firma y expirará en _____
Especificar la fecha, no más de un año, a partir de la fecha de la firma.

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento ni el pago o la elegibilidad para los beneficios.
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica para la cual me están solicitando el permiso de uso y divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: _____
- Mi revocación tendrá efecto en el momento de su recepción, excepto en la medida en la que terceros hayan actuado de conformidad con los términos de esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser vuelta a divulgar por el receptor. En algunos casos, estas nuevas divulgaciones no están prohibidas por las leyes de California y podrían no estar protegidas por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). No obstante, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica haga otras divulgaciones de la información, a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por las leyes.

*Firma: _____
(Paciente/Padre/Curador/Tutor) Fecha/Hora

Si firma una persona distinta del paciente, indicar la relación: _____

ÚNICAMENTE para los registros de salud conductual _____
(Firma del paciente MENOR, si corresponde) Fecha/Hora

Testigo _____ Fecha: _____ Hora: _____

Autorizo a la siguiente persona para retirar mis registros médicos: _____

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

REQUEST COMPLETED - DATE: _____ PREPARED BY: _____

IDENTITY OF INDIVIDUAL AND/OR LEGAL REPRESENTATIVE VERIFIED (STAFF INITIALS): _____

Notes: _____