

ER FAX 459-1531
 E PHY THERAPY FAX 459-2789
 NURSES STN FAX 459-9350
 X-RAY FAX 459-9226
 LAB FAX 459-3373
 HEALTH INFO FAX 459-3163

und.



ONE MARCELA DRIVE
 WILLITS, CA 95490
 PHONE: 459-6801

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección _____ **Teléfono** _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ **Celular** _____

Obtenga mi información médica de o envíela a :

A fines de:
 Atención al paciente Reclamación del seguro
 Uso personal Otro

Nombre del médico, establecimiento u otro _____

Calle _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Número de teléfono Número de fax _____

Indique las fechas específicas de los registros que deben divulgarse:

Duración: Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y permanecerá vigente hasta: (fecha)

Si no se indican fechas, la duración será de 1 (un) año.

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LOS SIGUIENTES REGISTROS: _____

Verifique si debe incluirse información adicional:

- Diagnóstico o tratamiento psiquiátrico/de la salud conductual.
- Resultados de las pruebas de VIH/SIDA.
- Registros sobre el consumo de drogas/alcohol.

Comprendo que dicha información no puede ser divulgada sin mi consentimiento específico.

Restricciones: Comprendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por el receptor y podría dejar de estar protegida. *(Conforme a las leyes de California, el receptor de información médica divulgada mediante una autorización o según las disposiciones del Artículo 56.10(x) del Código Civil de California no pueden hacer nuevas divulgaciones de dicha información médica, excepto en virtud de una nueva autorización o según lo exijan o autoricen específicamente las leyes).*

Derechos: Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmarla no puede afectar mi capacidad de obtener tratamiento (véase la página 2 de este formulario con las excepciones que se aplican). Puedo examinar u obtener una copia de la información que se empleará y/o divulgará conforme a esta autorización según las políticas de la organización. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (véase la página 2 de este formulario). Mi revocación entrará en vigencia en el momento de su recepción, pero no será válida en la medida en que la organización haya actuado conforme a la presente autorización. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.

ER FAX 459-1531
PHY THERAPY FAX 459-2789
NURSES STN FAX 459-9350
X-RAY FAX 459-9226
LAB FAX 459-3373
HEALTH INFO FAX 459-3163

und.



ONE MARCELA DRIVE
WILLITS, CA 95490
PHONE: 459-6801

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

Testigo: _____

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

Date Received: _____ Date Records Sent: _____

Identity of Individual and/or Parent/Conservator/Guardian

Notes: _____

Medical Record Number

Clerk Initials

***** **Revocación de la autorización** *****

Conforme a las disposiciones de la Declaración de prácticas de privacidad, por la presente revoco

La autorización que antecede

La autorización para divulgar información a _____

La autorización con la fecha _____

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

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

Testigo: _____

ER FAX 459-1531
PHY THERAPY FAX 459-2789
NURSES STN FAX 459-9350
X-RAY FAX 459-9226
LAB FAX 459-3373
HEALTH INFO FAX 459-3163

und.



ONE MARCELA DRIVE
WILLITS, CA 95490
PHONE: 459-6801

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

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

Date Revocation Received: _____

Identity of Individual and/or Parent/Conservator/Guardian

Medical Record Number

Clerk Initials

Excepciones: Las excepciones indicadas en la sección sobre Derechos de la página 1 incluyen las siguientes: autorización para investigaciones; autorización para la inscripción en un plan de atención médica; y autorización exclusiva a los fines de crear información médica protegida para un tercero.