

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica personal. No proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

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

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

Por favor, OBTENGA información DE:	Por favor, ENVÍE mi información médica A:
Nombre del Proveedor/Organización ADVENTIST HEALTH	Nombre del Proveedor/Organización
Calle 1100 Magellan Drive	Calle
Ciudad/Estado/Código postal Tehachapi, CA 93581	Ciudad/Estado/Código postal
Número de teléfono 661-771-8860	Número de teléfono
Número de fax 661-771-8392	Número de fax
<input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> CD (si lo hay)	<input type="checkbox"/> Correo electrónico (encriptado) _____

Autorizo la divulgación de la información que sigue:

- a. Solo los siguientes registros o tipos de información médica (incluidas las fechas):

- b. Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información (marque todos los que correspondan):
- Información sobre tratamientos de salud mental _____ (iniciales)
 - Resultados de la prueba de VIH _____ (iniciales)
 - Información sobre tratamientos del alcoholismo/drogadicción _____ (iniciales)

Se requiere una autorización separada para permitir la divulgación o 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.

Con el fin de: Por pedido del paciente Otros: _____

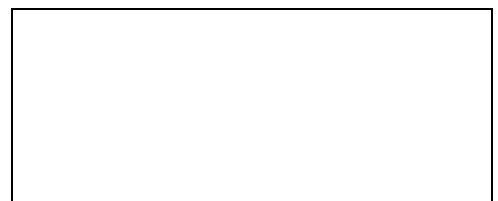


Authorization to Release Medical Info

Adventist Health
**AUTHORIZATION TO RELEASE
MEDICAL INFORMATION**

8707F86-0623-8 rev 06/16

Page 1 of 2



Limitaciones, si las hay: _____

Duración: Esta autorización entrará en vigencia de inmediato y vence el (fecha): _____

- 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 u 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: 1100 Magellan Drive, Tehachapi, CA 93581
- Mi revocación tomará efecto en el momento de su recepción, excepto en la medida en la que terceros hayan actuado de conformidad con los términos de la 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 las leyes federales 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 del comportamiento _____
(Firma del paciente MENOR, si corresponde) Fecha/Hora

Autorizo a _____ para retirar mis registros médicos.

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

- REQUEST COMPLETED - DATE: _____ PREPARED BY: _____ PAGE COUNT: _____
 IDENTITY OF INDIVIDUAL AND/OR LEGAL REPRESENTATIVE VERIFIED (STAFF INITIALS): _____

Notes: _____

