

Al llenar este documento usted está proporcionando autorización para revelar y usar su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ N°. de seguro social _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N°. de teléfono: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a _____
a que revele a: _____ Para el período de atención médica desde el _____ al _____
N°. de teléfono: _____ Fax: _____
(Nombre de las personas u organizaciones autorizadas para recibir la información) (Dirección – calle, ciudad, estado, código postal, número de fax, y/o Correo Electrónico)

La siguiente información:

- a. Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y al tratamiento recibido, - o
 Solo los expedientes o tipos de información médica siguientes (incluye cualquier fecha):
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Consulta(s) |
| <input type="checkbox"/> Todos los análisis/radiografías electrocardiogramas pertinentes | |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen general | <input type="checkbox"/> Informe de cirugía <input type="checkbox"/> Otras: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Sala de urgencias |
- b. Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (ponga sus iniciales donde corresponda):
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento de afección mental. | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida. | <input type="checkbox"/> Agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento relacionado con alcohol/drogas. | <input type="checkbox"/> Abuso y/o negligencia de menores |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre tratamiento psicoterapéutico como paciente ambulatorio | |

PROPÓSITO

El propósito para el que se solicita el uso o revelación es: a solicitud del paciente, U otro: _____

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el: _____



2 HIMROI

PATIENT ID

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi derecho de recibir tratamiento o pagos ni mi derecho de obtener beneficios.

Puedo revisar u obtener copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero deberé hacerlo por escrito y dirigir dicha revocación a:

Centinela Hospital Medical Center

ATTN: Medical Records

555 E. Hardy Street

Inglewood, CA 90301

Mi revocación tomará efecto a partir de su recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo derecho de recibir copia de esta autorización.

El destinatario de la información cuya divulgación se autoriza en la presente, puede divulgarla a su vez. En algunos casos, esta nueva divulgación no está protegida por la ley de California, y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica haga revelaciones adicionales de la misma, salvo que yo le extienda otra autorización para dicha revelación o que dicha revelación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Opciones referentes al formato electrónico: De conformidad con el artículo 13405(e) (1)); 42 U.S.C. 17935 (e) (1) de la ley de tecnología informativa sanitaria para fines económicos y clínicos de la salud (HITECH, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar que sus archivos médicos se envíen en formato electrónico a usted o a otra entidad. Elija en qué tipo de formato desea que se entregue la información. Tome en cuenta que la entidad receptora podría no aceptar los archivos en formato electrónico:

"Grabado en disco (CD) "Papel "Correo Electrónico

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____
(paciente, representante, cónyuge, responsable financiero)

Si el suscrito no es el paciente, indique cuál es su relación legal con el paciente. Aprobación de un psicoterapeuta licenciado para paciente psicogerátrico. _____

Testigo: _____

PATIENT ID