

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

*Indica un campo OBLIGATORIO.

Completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. **Si no brinda toda la información requerida, esta solicitud puede quedar anulada.**

*Nombre del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____

*Dirección: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

Por favor, OBTENGA información DE:		Por favor, ENVÍE mi información médica A:	
*Nombre del proveedor/de la organización		*Nombre del proveedor/de la organización	
*Dirección		*Dirección	
*Ciudad/Estado/Código postal		*Ciudad/Estado/Código postal	
*Número de teléfono	*Número de fax	*Número de teléfono	*Número de fax
*Marque la opción de entrega	<input type="checkbox"/> Copia impresa <input type="checkbox"/> USB (si está disponible)		
	<input type="checkbox"/> Número de fax del proveedor _____		
	<input type="checkbox"/> Correo electrónico (cifrado) _____		

***¿Qué expedientes necesita? (Marque las casillas que correspondan a continuación):**

Fecha(s) del (de los) servicio(s): ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

- ☐ Resumen del alta ☐ Expedientes de la sala de emergencia ☐ Informes operativos/procedimientos
- ☐ Resultados de pruebas (rayos X, resultados de laboratorio/patología). Especifique: _____
- ☐ Información sobre tratamiento de salud mental/alcohol/farmacodependencia
- ☐ Resultados de las pruebas de VIH
- ☐ Información sobre pruebas genéticas ☐ Registros médicos sobre la salud reproductiva
- ☐ Otros (Registros de vacunación, lista de medicamentos, documento sobre la continuidad de la atención). Especifique: _____

Se requiere otra autorización para divulgar o usar las notas de psicoterapia, como se define en los reglamentos federales implementados en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud.

*Propósito: ☐ Solicitud del paciente ☐ Otro: _____



Authorization to Release
Medical Info

Adventist Health
**AUTHORIZATION TO
RELEASE MEDICAL INFORMATION**
(5/23) - 8707F86-0034-8
Page 1 of 2

PATIENT LABEL

Spanish Translation Provided By
Taylor Communications, Inc.

Limitaciones, en caso de haberlas: _____

(Según la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California [Confidentiality of Medical Information Act of California, CMIA-CA] se requiere que esta autorización incluya tanto los usos específicos como las limitaciones, si las hubiera, sobre el uso de la información médica por parte de las personas o entidades autorizadas para recibir la información médica).

***Duración:** esta autorización será válida a partir de su firma y vencerá el _____
(especifique la fecha, no más de **un año** a partir de la fecha de la firma - **obligatorio**).

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener el tratamiento o realizar el pago, ni mi elegibilidad para recibir los beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita para permitir el uso o la divulgación.
- Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección: _____
- Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto hasta el punto en que otras personas hayan actuado en virtud de esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede volver a ser divulgada por el receptor. En ocasiones, estas nuevas divulgaciones no se encuentran protegidas por la legislación de California y ya no quedan protegidas por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA). No obstante, la legislación de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica lleve a cabo una divulgación posterior, salvo que se obtenga otra autorización de mi parte para dicha divulgación, a menos que la ley exija o permita específicamente tal divulgación.

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

Si la firma no es la del paciente, indicar relación: _____

SOLO para expedientes de salud conductual: _____
(Firma del MENOR, si corresponde) Fecha/Hora

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Yo autorizo a _____ **a recoger mis expedientes médicos.**

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

☐ REQUEST COMPLETED - DATE: _____ PREPARED BY: _____

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

Notas: _____