

# 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:

\*Nombre del proveedor/de la organización

Por favor, **ENVÍE** mi información médica A:

\*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

Copia impresa  USB (si está disponible)  
 Número de fax del proveedor \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_