**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio del presente autorizo a: Bear Valley Community Healthcare District a divulgar a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Domicilio — calle, ciudad, estado, código postal*)

la siguiente información:

1.  Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido; O

 Sólo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B.Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):

Información sobre tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(inicial)

Resultados de análisis de VIH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(inicial)

Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción \_\_\_\_\_\_\_\_(inicial)

Se requiere una autorización adicional para permitir la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos.

modo de entrega solicitado

❑ Recoger ❑ Correo a la dirección anterior ❑ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Correo electrónico \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ CD\*

\* Medios electrónicos (Correo electrónico/CD) está sin cifrar

OBJETIVO

Objetivo del uso o divulgación solicitados: Solicitud de paciente; O Otro:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Limitaciones, si existen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (fecha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MIS DERECHOS

* Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.
* Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.
* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: HIM Department Bear Valley Community Healthcare District, P.O. Box 1649 Big Bear Lake CA 92315

Mi revocación tendrá vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

* Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
* El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la información sobre mi salud la revele, a menos que yo autorice dicha revelación o que ésta sea requerida por la ley o permitida por ésta.

FIRMA

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_AM/PM  
 *(paciente o representante legal)*

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (*representante legal)*

Número de teléfono que podemos utilizar para comunicarnos con usted por cualquier pregunta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_