



En los Centros de Salud Comunitarios Santa Cruz (SCCH), queremos que se sienta seguro y como en casa. Su información de salud es privada.

Consentimiento del Paciente para obtener o revelar información del Expediente Médico

En SCCH, no podemos compartir su historial médico con nadie a menos que usted lo autorice. Puede que prefiera su propio historial o que lo enviemos a otra agencia. Si firma este formulario, significa que está de acuerdo con que divulguemos su historial.

Nombre: _____
[Escriba aquí el nombre del paciente.]

Dirección: _____
[Escriba aquí la dirección del paciente.]

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono de casa: (____) _____

Teléfono de trabajo: (____) _____ Número de móvil (____) _____

Doy autorización para obtener mi expediente médico en la siguiente forma:

Recogeré mi historial médico en esta locación:

___ Centro de Salud Live Oak

___ Centro de Salud de la Montaña Santa Cruz

___ Centro de Salud Para Mujeres Santa Cruz

Por favor, envíen mi expediente médico a la dirección arriba indicada.

Por favor, envíen mi expediente médico a esta dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor, envíen mi historial médico por fax a (____) _____.

Doy autorización a SCCH para que envíe mi expediente médico a esta agencia:

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de fax: (____) _____

¿Por qué razón le gustaría compartir su expediente médico? Marque las casillas que correspondan a su caso.

Necesito mi expediente médico por razones personales.

Me ayuda a recibir la atención médica que necesito.

Hay razones legales.

Necesito compartir los registros para el seguro.

Hay otras razones: _____

Especifique las fechas necesarias para el expediente médico que le gustaria compartir:

Fecha de comienzo: _____ Fecha de fin: _____

Estas son las partes de los registros que pueden compartirse:

- Mi expediente médico completo
- Registro de vacunas
- analisis de laboratorio
- Facturas
- Otro: _____

Algunas partes del expediente medico son confidenciales. Por favor, marque los registros que desea que sean compartidos. A continuación, firme con sus iniciales.

- | | |
|---|------------------|
| | Iniciales |
| <input type="checkbox"/> información de salud mental/conductual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas del VIH/SIDA, resultados y tratamiento | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas, resultados y tratamiento de infección de transmisión sexual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol o de sustancias | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | _____ |

Al firmar este formulario, significa que entiendo que:

1. Este formulario es **válido por un año**, a menos que nos indique que debe terminar en esta fecha: _____.
2. Puedo cambiar de opinión en cualquier momento. Sólo tiene que enviarnos una declaración por escrito indicando que ya no autoriza que se compartan sus datos.
3. No podemos recuperar los expedientes que ya han sido compartidos.
4. Si puedo firmar legalmente por el paciente, debe entregarnos documentos que demuestren que usted pueda firmar legalmente.
5. Es posible que sus expedientes no estén protegidos por la ley HIPAA si usted o otra organización comparten sus expedientes. Pero la ley de California impide que cualquiera que obtenga sus expedientes los comparta sin mi autorización por escrito.
6. Mis beneficios médicos no se verán afectadas por el hecho de que firme o no este formulario.

Firme aquí si es el paciente.

Fecha: _____

Firme aquí si es usted el padre, la madre o el representante.

Fecha: _____

Escriba aquí su relación con el paciente.