



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 información del Expediente Medico

En SCCH, no podemos compartir su expediente médico con nadie a menos que usted lo autorice. A veces, es posible que otra agencia necesite entregarnos su expediente médico para que podamos brindarle la atención que necesita. O tal vez usted quiera que enviemos su expediente médico a otra agencia. Si firma este formulario, significa que usted autoriza que otra agencia comparta sus expedientes médicos con SCCH.

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 mi autorización para que SCCH obtenga mi expediente médico de:

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

Especifique las fechas necesarias para el expediente médico:

Fecha de comienzo: _____ Fecha de fin: _____

Estas son las partes de los registros que desea:

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

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

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información de salud mental/conductual | Iniciales
_____ |
| <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.