Autorización Para Obtener Información Médica

Nombre del Paciente:_____

Fecha de Nacimiento:___/___/___ **SS#:** ____-___-____ **Teléfono #:** (___) ____-_____

Facilidad Medica de Donde Archivos Deben Ser Pedido:

Centros de Salud Comunitarios Santa Cruz
250 Locust St.
Santa Cruz, CA 95060
Ph: (831) 427-3500 Fax: (831) 457-2486

Otra (incluya la dirección de individuo o facilidad)
_____
_____
_____

Archivo Mandado a:

Para recoger por paciente
Otra (incluya nombre, la dirección de individuo o facilidad)
_____
_____
_____

Centros de Salud Comunitarios Santa Cruz
250 Locust St.
Santa Cruz, CA 95060
Ph: (831) 427-3500 Fax: (831) 457-2486

Información a Revelar:

Todos los Archivos Médicos
Archivos de Facturas Médica
Atención médica para la conducta (inclyendo salud mental o dependencia de sustancias químicas)
Resultados de pruebas de detección del HIV
Información Específica (especifique): _____

La Finalidad para la Revelación:

Atención médica continua Seguro Legal Transferencia de cuidado médico
Otra (especifique):_____

Aviso de Derechos:
Comprendo que otorgo voluntariamente esta autorización para reveler información. Si me rehúso a firmar esta autorización, no se revelará la información solicitada. El tratamiento, el pago, la inscripción en planes de beneficios o los derechos a recibir beneficios no dependerán de la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en escrito. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en base a esta autorización . La información revelada en base a esta autorización podría a su vez ser revelada por el destinatario y podría dejar de estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, las leyes de California prohíben que la persona que reciba información médica la revele a otras personas sin previa autorización, a menos que lo requiera o lo permita la ley.

Fecha de Caducidad:
Esta autorización espirará en uno año a menos que se estipule lo contrario: _____ (Fecha o suceso)

_____ _____

Firma del paciente o representante legal para la tención médica **Fecha**