

Autorización de divulgación de información de los registros médicos



Santa Cruz Community Health Centers
P.O. Box 542 Santa Cruz, CA 95060
Fax: 831-457-2486

REV. 7/17

Información del paciente

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección del paciente: _____ Teléfono particular: (____) ____--____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono laboral: (____) ____--____

Divulgación u obtención de información

Por medio del presente documento autorizo a SCCHC a realizar lo siguiente: (marque una opción)

<p><input type="checkbox"/> Divulgar la información de mis registros médicos a:</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente retirará los registros <input type="checkbox"/> ECFHC <input type="checkbox"/> SCWHC</p> <p>Nombre/centro: _____ Atención: _____ Domicilio: _____ Teléfono: (____) ____--____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: (____) ____--____</p>	<p><input type="checkbox"/> Obtener información de:</p> <p>Nombre/centro: _____ Atención: _____ Domicilio: _____ Teléfono: (____) ____--____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: (____) ____--____</p>
---	--

Propósito de divulgación: Personal Atención médica continua Legal Seguro Otro _____

La información se divulgará en el siguiente intervalo de fechas: _____ al _____

Registro médico completo Registro de inmunizaciones Solo análisis de laboratorio Registros de facturación
 Otro: Especifique e incluya fechas, proveedores, laboratorios/DI etc.: _____

Autorización de divulgación de información protegida

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:



- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información de salud mental | Escriba sus iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Análisis, resultados y datos relacionados con el VIH o el SIDA | Escriba sus iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | Escriba sus iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento del alcoholismo y/o el abuso de sustancias | Escriba sus iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | Escriba sus iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Escriba sus iniciales: _____ |

Entiendo lo siguiente:

*Esta autorización tiene un año de validez, a menos que usted especifique lo contrario (escriba la fecha de vencimiento) _____. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Para esto, debo proporcionar una declaración por escrito, salvo que el proveedor ya haya llevado a cabo alguna acción al respecto. ** Si soy el representante legalmente autorizado del paciente, debo proporcionar la documentación correspondiente que lo demuestre. La información divulgada mediante esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y ya no contará con la protección de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos). La legislación de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica pueda divulgarla, a menos que obtenga otra autorización para su divulgación o que la ley exija o requiera específicamente dicha divulgación. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para obtener los beneficios dependerán de la firma de esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma de la paciente

Fecha*

Para conocer sus derechos de privacidad, consulte la "Nota de privacidad" de la Ley HIPAA.

Firma del padre/madre/representante legalmente autorizado**

Fecha**