

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. 5/22

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)

Divulgar la información de mis registros médicos a:

Obtener información de:

El paciente retirará los registros
 ECFHC SCWHC
Nombre/centro: _____
Atención: _____
Domicilio: _____
Teléfono: (____) ____ -- ____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fax: (____) ____ -- ____

Nombre/centro: _____
Atención: _____
Domicilio: _____
Teléfono: (____) ____ -- ____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fax: (____) ____ -- ____

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:



- Información de salud mental
- Análisis, resultados y datos relacionados con el VIH o el SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Notas de tratamiento del alcoholismo y/o el abuso de sustancias
- Pruebas genéticas
- Otro: _____

Escriba sus iniciales: _____
Escriba sus iniciales: _____
Escriba sus iniciales: _____
Escriba sus iniciales: _____
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*

Firma del padre/madre/representante legalmente autorizado**

Fecha**

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