

Al completar este documento autoriza la entrega y/o uso de su información medica. No entregar *toda* la información solicitada puede dejar nula esta autorización.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Otros Normes Utilizados: _____ Teléfono #: _____

Nº de Registro Medico o de Cuenta: _____
(Uso exclusivo del hospital)

Autorizo A: _____
(Establecimiento u otro proveedor)

Para Entregar A: _____
(Personas u organizaciones autorizadas para **recibir** la información)

en la siguiente dirección: _____
(Dirección, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información que se encuentra en los siguientes registros (marque la casilla y escriba sus iniciales en las líneas aplicables a continuación):

_____ Registros de tratamiento de salud mental o discapacidad de desarrollo (excluye “apuntes de psicoterapia”)

_____ Registros de tratamientos por abuso de sustancias

_____ Resultados de exámenes de VIH (Esto solo autoriza la entrega de los resultados de exámenes de laboratorio).

Tenga presente que sus registros pueden incluir información acerca de su estado de VIH aun si no marca esta línea.

Los siguientes registros, tipos específicos de información medica o registros para las fechas de tratamiento especificadas [marcar casillero(s) aplicables]:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Historial clínico y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Sala de urgencias | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías |

Fecha(s): _____

Otro: _____

Todos los registros con respecto a mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria. Se exige una autorización por separado para el uso o entrega de apuntes de psicoterapia o información medica de investigación.

White Copy – Chart * Yellow Copy - Patient



Objetivo: El propósito y las restricciones (si existen) del uso o entrega de información solicitado son:

- A solicitud del paciente o representante personal: *U*
- Otro: _____

VIGENCIA: Esta autorización quedara nula automáticamente un (1) ano después de la fecha En que se firmo a menos que se especifique una fecha de termino distinta: _____
(Inserte fecha)

Mis Derechos:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectara mi tratamiento, pago o mi derecho a recibir los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: *HIM Department, Oak Valley Hospital District, 350 S. Oak Avenue, Oakdale, CA.* Mi revocación tendrá efecto al momento de la recepción, salvo que otros hubieran actuado basados en esta autorización.
- Tengo el derecho de recibir una copie de esta autorización..

La información entregada de acuerdo con esta autorización podría ser entregada nuevamente por el receptor. Tales entregas de información en algunos casos no están protegidas por la ley del estado de California y puede que ya no estén protegidas por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización se refiere a la entrega de información relacionada con el abuso de sustancias, el reglamento 42 C.F.R. parte 2 puede prohibir que el receptor la entregue a otros.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante personal)

(Escriba con letra de imprenta el nombre del representante personal) (Relación con el paciente)

Se ha verificado la identificación del paciente o de su representante personal.

Iniciales: _____ Departamento: _____

Nota: Si la información relativa a tratamientos por el abuso de sustancias esta protegida por el reglamento federal de confidencialidad (42 C.F.R. parte 2) se debe proporcionar al receptor de la información las siguientes declaraciones de no volver a entregar dicha información:

El reglamento federal prohíbe que el receptor entregue esta información a otros a menos que esto se permita expresamente mediante consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o, que de otro modo, este permitido por el reglamento 42 C.F.R. parte 2. Una autorización general para la entrega de información medica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. El reglamento federal restringe cualquier uso de esta información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que se encuentre en tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

White Copy – Chart * Yellow Copy – Patient



Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information

Patient Demographic Information

