

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA.



Al no proporcionar la información solicitada completamente se puede anular esta autorización.

Nota: Si usted es un representante de paciente/paciente solicitando expedientes médicos para uso personal, puede haber una cuota, por la copia de los registros médicos.

EXPLICACIÓN

Es requerida esta autorización para cumplir con los términos de la confidencialidad de la ley de información médica de 1981, Código Civil artículo 56 y siguientes Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 2003. (Siglas en inglés)

Nombre del paciente			
Fecha de nacimiento:		Registro médico #	
Domicilio Actual:		Ciudad:	Estado: CP:
# Casa:		# Cell:	

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a **St. Mary Medical Center** a liberar mi expediente médico para:

Yo mismo o Institución/A la siguiente persona asignada CD Papel Email

Nombre/instalaciones:			Atención:
Dirección:			Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	FAX:

Opciones de entrega: Mandar por correo a la dirección anterior Fax al número anterior

Email _____ @ _____

INFORMACIÓN a ser divulgada (sólo Marque una casilla en esta sección)

Fecha(s) específicas del tratamiento: _____

Información pertinente: ***(Esto es lo que la mayoría de los pacientes y los médicos necesitan)***. Resumen de alta, Informe del Departamento de emergencia, Examen físico, consultas, informes operativos, laboratorios, informes de radiología, EEG, EMG, EKG, reportes de patología. (Puede haber un cobro)

Todo registro médico (Habrá un cargo).

Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud _____

AUTORIZACIÓN DE LIBERAR INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LEY

Mediante este medio autorizo que se divulgue la información siguiente (marque con iniciales según sea el caso):

<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de salud mental	Fecha e iniciales:
<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH	Fecha e iniciales:
<input type="checkbox"/> Información sobre el uso de alcohol y tratamiento de drogas.	Fecha e iniciales:

Una autorización separada es necesaria para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

PROPÓSITO

Propósito de solicitar el uso o la divulgación de información:

Paciente Cuidado continuo Legal Aseguranza

Otro: _____



**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA
DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA.**



St. Mary
Medical Center

VENCIMIENTO

Esta autorización vence [poner la fecha]: _____

Si no se da fecha; esta autorización vencerá en 6 meses a partir de la fecha de firma.

MIS DERECHOS

Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Al negarme a firmar esta autorización, debo de saber que por ley, que mi información no puede ser divulgada. Mi rechazo no afecta mi habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se pide para el uso de la divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección:

St. Mary Medical Center
Health Information Management-Correspondence
18300 Highway 18 • Apple Valley, CA 92307
FAX: 760-946-4219

Email: SYMROI@stjoe.org

Mi revocación tendrá efecto sobre el recibo, a excepto de cuando se elaboró la divulgación firmada de esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Copia solicitado y recibida:

Sí No

Inicial: _____ Fecha: _____

Información divulgada con esta autorización podría ser volver a divulgada por el destinatario. Re-divulgación es en algunos casos no protegidos por la ley de California y ya no puede estar protegido por la ley de confidencialidad federal (HIPAA) (siglas en ingles).

FIRMA

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
(Representante de paciente/cónyuge)

Si firmado por alguien que no sea el paciente, estado de su relación jurídica para el paciente y por qué tiene la autoridad para actuar por el paciente:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____