

# AUTORIZACION PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACION DE LA SALUD

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

**NOTA: Si usted es un paciente/representante de un paciente que solicita expedientes médicos para su uso personal, podría haber un cargo por proporcionarlos.**

## EXPLICACIÓN

Se le solicita esta autorización en cumplimiento con las disposiciones de la ley Confidencialidad de la Información Médica del 1981, sección 56 y subsiguientes del Código Civil, y la ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) del 2003.

Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro dígitos del seguro social:	
Dirección actual:		
#Tel. de Casa:	# de Celular:	Email:

## USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Por medio de la presente autorizo a

- Santa Rosa Memorial Hospital       Petaluma Valley Hospital  
 Queen of the Valley Medical Center

A divulgar mi expediente médico a:  Mf mismo o  Instalación / Nombre a continuación

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

Opción de entrega:  Correo a la dirección del paciente     Correo a la instalación / dirección de nombre a continuación

Llame cuando este listo para ser recogido: # \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_     Fax a#: \_\_\_\_\_     Medios Electrónicos

## INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR (Marque una sola casilla en esta sección)

Especifique la(s) fecha(s) de tratamiento en el hospital/clínica: \_\_\_\_\_

Información pertinente: **(Esto es lo que la mayoría de pacientes y médicos necesitan)** Resumen del alta, informe de la Sala de Emergencia, historia clínica y examen médico, consultas, informes de operaciones, análisis de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de patología.

Todo el expediente médico.

Solo los siguientes expedientes o tipos de información de la salud: \_\_\_\_\_

**Solo para solicitudes de CD de radiología/Imágenes**  (Las solicitudes de CD de Santa Rosa Memorial y/o Petaluma Valley Hospital deberán entregarse directamente a los departamentos de Radiología/Imágenes en el hospital)

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA POR ESTATUTO

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque y anote sus iniciales donde corresponda):

Información sobre tratamiento de salud mental	Iniciales y fecha:
Resultados de pruebas de VIH	Iniciales y fecha:
Información sobre tratamiento de alcohol/drogas	Iniciales y fecha:

## PROPÓSITO

Propósito del uso o divulgación solicitada:  Solicitud del paciente     Continuidad de la atención     Legal     Segura


Otro: \_\_\_\_\_

AUTORIZACION PARA USAR O  
DIVULGAR LA INFORMACION DE LA SALUD



ROIA

SJHS-2052S (3/31/25)  
Lado 1 de 2

 **Providence**  
Santa Rosa Memorial Hospital  
Petaluma Valley Hospital  
Queen of the Valley Medical Center

## CADUCIDAD

Esta autorizaci3n caducara el (fecha): \_\_\_\_\_

Si no se ha indicado una fecha, esta autorizaci3n caducara 6 meses despues de la fecha en que fue firmada.

## MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorizaci3n. Si me niego a firmar esta autorizaci3n, debo de saber queen conformidad con la ley, la informaci3n sobre mi salud no puede ser divulgada. Al negarme no afectara el que pueda obtener tratamiento ni el pago o elegibilidad referente a los beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la informaci3n de salud por la cual se me solicita que permita su uso o la divulgaci3n.

Puedo revocar esta autorizaci3n en cualquier momenta, pero debo hacerlo por escrito y entregarla a Santa Rosa Memorial Hospital o Petaluma Valley Hospital, escritos abajo.

Mi revocaci3n entrara en vigor al momenta de recibirse, salvo en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorizaci3n.

Tengo derecho de recibir una copia de esta autorizaci3n.

La informaci3n divulgada en conformidad con esta autorizaci3n pudiera ser revelada nuevamente por el destinatario. En algunos casos esta nueva divulgaci3n no esta protegida bajo las leyes del estado de California como tampoco pudiera estarlo bajo la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Representante del paciente) Escriba su nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Si firma una persona que no es el paciente, indique su relaci3n legal con el mismo, asf como la raz3n por la cual tiene autoridad para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Para divulgar expedientes de salud mental deberemos obtener la autorizaci3n del medico que atendi3 al paciente durante su estadfa y estos deberan ser tratados como confidenciales conforme a las regulaciones estatales (C3digo Asistencial e Institucional 5328).

## ENTREGAR SU SOLICITUD A:

**SANTA ROSA MEMORIAL HOSPITAL**  
ATTN: DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA  
INFORMACION DE LA SALUD  
DIRECCION:  
151 Sotoyome Street, Santa Rosa, CA 95405  
TELEFONO: (707) 522-4396  
FAX: (707) 476-2232  
EMAIL: [ROI.SRM.HIM@stjoe.org](mailto:ROI.SRM.HIM@stjoe.org)  
SITIO WEB: <https://www.providence.org/about/medical-records-authorization/medical-records-ca>

**PETALUMA VALLEY HOSPITAL**  
ATTN: DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA  
INFORMACION DE LA SALUD  
DIRECCION:  
151 Sotoyome Street, Santa Rosa, CA 95405  
TELEFONO: (707) 522-4396  
FAX: (707) 476-2231  
EMAIL: [ROI.PVH.HIM@stjoe.org](mailto:ROI.PVH.HIM@stjoe.org)  
SITIO WEB: <https://www.providence.org/about/medical-records-authorization/medical-records-ca>

**QUEEN OF THE VALLEY MEDICAL CENTER**  
ATTN: DEPT DE GESTION DE LA INFORMACION DE  
LA SALUD  
DIRECCION: 1000 Trancas Street Napa, CA  
94558  
TELEFONO: (707) 252-4411  
FAX: (707) 934-2928  
EMAIL: [ROI.QVMC.HIM@providence.org](mailto:ROI.QVMC.HIM@providence.org)  
SITIO WEB: <https://www.providence.org/about/medical-records-authorization/medical-records-ca>

## PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

APPROVED By Physician Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ HIM Staff initials: \_\_\_\_\_

DENIED - REASON FOR DENIAL: \_\_\_\_\_

MD Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_


Request completed by hospital staff: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA USAR O  
DIVULGAR LA INFORMACION DE LA SALUD**



ROIA

SJHS-2052S (3/31/25)  
Lado 2 de 2

 **Providence**  
Santa Rosa Memorial Hospital  
Petaluma Valley Hospital  
Queen of the Valley Medical Center