

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN 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 de Confidencialidad de la Información Médica de 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:	
Domicilio actual:		
#Tel. de Casa:	# de Celular::	Email:

### USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Por medio de la presente autorizo a

- St. Joseph Hospital       St. Jude Medical Center  
 Mission Hospital       Mission Hospital Laguna Beach       CHOC Children's at Mission Hospital

A divulgar mi expediente médico a:  Mí mismo or  Instalación / Nombre a continuación

Nombre/Establecimiento:		Atención:	
Domicilio:		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 esté listo para ser recogido: # \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_     Fax a #: \_\_\_\_\_ o  CD     USB Flash Drive

### 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, pruebas de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de patología.

Todo el expediente médico (se cobrará una tarifa).

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

**Solo para solicitudes de CD de radiología/Imágenes de Mission Hospital**     (La solicitudes de CD de St. Jude Medical Center o St. Joseph 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  Seguro  
 Otro: \_\_\_\_\_

## CADUCIDAD

Esta autorización caducará el (fecha): \_\_\_\_\_  
Si no se ha indicado una fecha, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha en que fue firmada.

## MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo de saber que en conformidad con la ley, la información sobre mi salud no puede ser divulgada. Mi negativa no afectará el que pueda obtener tratamiento ni el pago o elegibilidad referente a los beneficios.

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

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y entregarla a Mission Hospital, St. Joseph Hospital o St. Jude Medical Center, listados abajo.

Mi revocación entrará en vigor al momento de recibirse, salvo en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.

Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

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

## FIRMA

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 relación legal con el mismo, así como la razón por la cual tiene autoridad para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Para divulgar expedientes de salud mental deberemos obtener la autorización del médico que atendió al paciente durante su estadía y estos deberán ser tratados como confidenciales conforme a las regulaciones estatales (Código Asistencial e Institucional 5328).

## ENTREGAR SU SOLICITUD A:

### MISSION HOSPITAL

PHONE: (714) 771-8206

FAX: (714) 744-8679

EMAIL: SMMROI@stjoe.org

WEBSITE: mission4health.com

### ST. JOSEPH HOSPITAL

PHONE: (714) 771-8167

FAX: (714) 771-8965

EMAIL: SJMROI@stjoe.org

WEBSITE: sjo.org

### ST. JUDE MEDICAL CENTER

PHONE: (714) 771-8202

FAX: (714) 744-8785

EMAIL: SFMROI@stjoe.org

WEBSITE: stjudemedicalcenter.org

## HOSPITAL USE ONLY

### 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: \_\_\_\_\_