



3600

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

### Entiendo lo siguiente:

- Tengo el derecho de negarme a firmar este formulario de autorización para divulgar o publicar mi información protegida de salud. Si me niego a firmar la autorización, esto no afectará de manera negativa mi capacidad de recibir servicios de atención a la salud ni un reembolso por los servicios. La única circunstancia en la que la negativa a firmar esta autorización podría afectar mi capacidad para recibir servicios de atención a la salud es si los servicios de atención a la salud están relacionados con una investigación o si tienen el único propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización es necesaria para realizar dicha divulgación.
- Es posible que exista un cargo asociado con esta solicitud.
- La información utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una divulgación posterior y ya no estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la divulgación posterior de información sobre el HIV/AIDS y la salud mental; los análisis genéticos y el diagnóstico, el tratamiento o las derivaciones relacionadas con el consumo de drogas o alcohol.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización firmada.
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita a continuación ya no se podrá utilizar ni divulgar con los fines descritos en la autorización escrita. La única excepción se aplicará cuando los PH&S hayan tomado medidas en función de la autorización o cuando la autorización se hubiera obtenido como una condición de la cobertura de seguro.

**Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito en la que se indique que usted revoca esta autorización, junto con una copia de esta autorización a:**

**Providence Saint Joseph Medical Center - Release of Information  
501 S. Buena Vista St  
Burbank, CA 91505**

Teléfono (818) 847-3801 | Fax: (818) 847-3913

**Importante:** Providence Health & Services ya no imprime ni publica los números de seguro social de los pacientes a menos que sea necesario para la facturación. Sin embargo, los números de seguro social podrían estar incluidos en la información de los pacientes creada hace varios años. La información que usted autoriza divulgar podría incluir su número de seguro social.

Por el presente documento, el establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información expuesta anteriormente en la medida indicada y autorizada en este documento.

Providence Health & Services and Affiliates no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad en sus programas y actividades de salud.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (TTY: 711).



# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR, DIVULGAR Y PUBLICAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Autorizo a Providence Health & Services a utilizar y divulgar una copia de la información de salud específica descrita a continuación relacionada con lo siguiente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o del representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Para divulgar a:	<input type="checkbox"/> Uno mismo	o Nombre del destinatario: _____
Dirección del destinatario: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono: _____	Fax: _____	Correo electrónico: _____
Enviar mis registros por:		
<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Disco <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Fax

### Solicito información del (los) siguiente(s) establecimiento(s):

Enumere el (los) hospital(es) o el (los) nombre(s) del proveedor	Enumere la(s) clínica(s) o el (los) nombre(s) del proveedor

Para el período que se extiende desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Para obtener información relacionada con el siguiente diagnóstico o lesión:

Información que se divulgará:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Informe del Departamento de Emergencias
<input type="checkbox"/> Informes de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, EKG, etc.)	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso
Otro (especificar): _____	

Con el fin de: \_\_\_\_\_

A menos que se revoque, esta autorización se vence en 180 días o en esta fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que la información a continuación se divulgará si escribo mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información.

- Prueba o tratamiento del HIV/AIDS	- Visitas específicas por motivos relacionados con la salud mental
- Pruebas genéticas	- Visitas específicas por consumo de drogas o alcohol

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

(Imprima el formulario y fírmelo a mano)

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_