

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 medicos para su uso personal, podria haber un cargo por proporcionarlos.

EXPLICACIÓN

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

Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Ultimas cuatro digitos 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
 Queen of the Valley Medical Center

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

Nombre/Establecimiento:	Atención:		
Dirección:	Telefono:		
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 Electronicos

INFORMACIÓN QUE SE VAA 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 medicos necesitan)** Resumen del alta, informe de la Sala de Emergencia, historia clínica y examen medico, consultas, informes de operaciones, analisis de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de patologia.

Todo el expediente medico.

Solo los siguientes expedientes o tipos de información de la salud: _____

Solo para solicitudes de CD de radiologia/Imagenes (Las solicitudes de CD de Santa Rosa Memorial y/o Petaluma Valley Hospital deberan entregarse directamente a los departamentos de Radiologia/Imagenes 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 (9/17/19)
Lado 1 de 2

St. Joseph Health 
Santa Rosa Memorial • Petaluma Valley

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: 1165
Montgomery Drive 1W02

Santa Rosa, CA 95405

TELEFONO: (707) 522-4396

FAX: (707) 476-2232

EMAIL: ROI.SRM.HIM@stjoe.org

SITIO WEB: providence.org/norcal

PETALUMA VALLEY HOSPITAL

ATTN: DEPARTAMENTO DE GESTION DE LA
INFORMACION DE LA SALUD DIRECCION

400 N. McDowell Blvd. Petaluma, CA 94954

TELEFONO: (707) 778-2525

FAX: (707) 476-2231

EMAIL:

ROI.PVH.HIM@stjoe.org

SITIO WEB: providence.org/norcal

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

SITIO WEB: providence.org/norcal

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 (9/17/19)

Lado 2 de 2

St. Joseph Health 
Santa Rosa Memorial • Petaluma Valley