



Autorización para Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Por favor complete ambos lados.
El no proporcionar toda la información puede invalidar esta Autorización.

Información del paciente:			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	
Teléfono:		Correo Electrónico:	
Autorización:		Autorización de Uso y Transferencia	
Autorizo a la siguiente persona/entidad para liberar mi información:		Mi expediente médico se puede entregar a:	
Persona/Entidad: _____		Persona/Entidad: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____	
Ciudad/Estado/Código Postal: _____		Ciudad/Estado/Código Postal: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
Fax: _____		Fax: _____	
Propósito:			
La autorización es con el propósito de:			
<input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Aseguranza <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Transferencia a Nuevo Proveedor <input type="checkbox"/> Transferencia a Nuevo Obstetricia <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Detalles de la información de Uso / Transferencia:			
<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Nota de Progreso <input type="checkbox"/> Registros de Obstetra <input type="checkbox"/> Reporte de Referencia <input type="checkbox"/> Otro (<u>especificar</u>): _____			
Rango de fecha de los registros solicitados:	De:	Hasta:	

Información Restringida:

Entiendo que la información médica protegida de uso y transferencia puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el abuso de sustancias y / o de salud mental. Autorizo el uso y transferencia de este tipo de información, con la excepción de:

NOTA: Para notas de salud mental y psicoterapia se requiere de una autorización por separado.

Instrucciones de entrega:

- Enviar los registros por correo directamente a la persona/entidad especificada anteriormente
- Enviar los registros por fax directamente a la persona/entidad especificada anteriormente.
- Llamar al paciente cuando los registros estén listos para recoger.
- El paciente/representante autoriza a _____ para recoger las copias.
- Otras Instrucciones: _____

Vencimiento:

Sin mi revocación por escrito, esta autorización se vence automáticamente a la satisfacción de la necesidad de uso y transferencia, o al año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario: _____.

Aviso de Derechos:

1. Si me niego a firmar esta autorización, mi rechazo no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
2. Puedo inspeccionar o obtener una copia de la información médica solicitada en la presente autorización.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregado a Borrego Health, Privacy Office, Borrego Health, P.O. Box 2369 Borrego Springs, CA 92004.
4. Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá efecto alguno sobre ninguna acción tomada antes por Borrego Health antes de haber recibido mi revocación.
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
6. La información transferida según esta autorización puede ser utilizada/transferida por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe información médica sobre mí no pueda transferir la misma al menos que esta sea formalmente requerida o permitida por la ley.

Firma:

Firma del Paciente o Representante Legal: _____
Fecha: _____ Relación con paciente (representante): _____

For Office Use Only
Released by: _____ #Pages _____