



Autorización para Uso y Transferencia de Información Médica Protegida

***Favor de completar ambos lados.***

***Esta forma de autorización no es válida si no esta completa.***

| <b>Información del paciente:</b>  |         |   |                      |                |
|---|---------|---|----------------------|----------------|
| Apellido:   | Nombre: | Segundo Nombre:   | Fecha de nacimiento: |                |
| Dirección:  |         | Ciudad:   | Estado:              | Código postal: |
| Teléfono:   |         | Correo electrónico:   |                      |                |
| <b>Autorización:</b>  |         | <b>Autorización de Uso y Transferencia</b>  |                      |                |
| Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a usar/transferir mi información médica:<br><br>Persona/Entidad: _____<br>Dirección: _____<br>Ciudad/Estado/CódigoPostal: _____<br>_____<br>Teléfono: _____<br>Fax: _____ |         | Mi expediente médico se puede usar y transferir con:<br><br>Persona/Entidad: _____<br>Dirección: _____<br>Ciudad/Estado/CódigoPostal: _____<br>_____<br>Teléfono: _____<br>Fax: _____ |                      |                |
| <b>Propósito:</b>   |         |   |                      |                |
| La autorización de uso y transferencia de información médica es con el propósito de:<br><br>___ Tratamiento Médico ___ Legal ___ Aseguranza ___ Uso Personal ___ Otro: _____  |         |   |                      |                |
| <b>Detalles de la información de Uso / Transferencia:</b>   |         |   |                      |                |
| Rango de fechas de los archivos requeridos:   |         | De:   | Para:                |                |
| ___ <i>Todos los documentos del expediente médico, <u>excepto</u>:</i>  |         |   |                      |                |
| ___ <i>Otro (<u>especificar</u>):</i>   |         |   |                      |                |

**Información Médica Protegida:**

**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 excepción de:**

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

**Instrucciones de entrega:**

Correo  Por Fax directamente a la persona/entidad especificada arriba  
 Hablar al paciente cuando los documentos del expediente estén listos.  
 Paciente/Representante autoriza a \_\_\_\_\_ recoger las copias.  
 Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_

**Vencimiento:**

Sin mi revocación por escrito, esta autorización caducará 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 y Privilegios:**

1. Si me niego a firmar esta autorización, mi negación no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.
2. Puedo inspeccionar u 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, 955 Harbor Island Drive, Suite 110, San Diego, CA 92101.
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 mi 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): \_\_\_\_\_