



Autorización para Uso y Transferencia de Información Médica Protegida

Favor de completar ambos lados.

Esta forma de autorización no es válida si no está completa.

Información del paciente:				
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Correo electrónico:		
Autorización:		Autorización de Uso y Transferencia		
Por la presente autorizo a la siguiente persona/entidad a usar/transferir mi información médica: Persona/Entidad: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ _____ Teléfono: _____ Fax: _____		Mi expediente médico se puede entregar a: Persona/Entidad: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ _____ Teléfono: _____ 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>): _____				
Fechas de registros médicos solicitados:		De:	Para:	

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 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 y Privilegios:

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, 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 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 _____