



AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al llenar este documento está dando su autorización para la divulgación, recibo u uso de información médica de carácter personal, tal y como se detalla abajo, conforme con las leyes que rigen la confidencialidad de dichos datos, tanto federales como del estado de California.

ESTA AUTORIZACIÓN PODRÍA SER INVÁLIDA SI NO SE PROPORCIONAN TODOS LOS DATOS.

Nombre del/de la paciente: _____ No. de teléfono _____
(Escribir en letra de molde)

No. de expediente de salud: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente otorgo mi autorización a domiciliada en

y doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de información médica del/de la paciente a la persona (o personas) abajo indicada(s).

La información médica se deberá divulgar a la siguiente persona y podrá ser usada por la misma: _____ con domicilio en: _____
(proporcione la dirección)

Para ellos siguiente(s) uso(s) o divulgación:

- A petición de la persona misma
- Seguro
- Abogado/a
- Continuación de cuidados médicos (proporcionar detalles) _____
- Otro (detallar cada propósito) _____

Descripción o naturaleza de la información a usar o divulgar:

- Expedientes de las siguientes fechas: _____
- Dictado médico
- Informes de laboratorio
- Informes de radiología/rayos X
- Expediente de urgencias
- Expediente para los siguientes tratamientos: _____
- Estados de cuenta para las siguientes fechas: _____
- Otro: _____
- Todos los expedientes _____



Doy mi autorización para el uso, la divulgación o el recibo de la información abajo detallada:

Salud mental/ Discapacidades de desarrollo VIH/SIDA

Información genética

Diagnóstico, pronóstico o tratamiento de abuso de estupefacientes o de alcohol

Información a divulgar y cómo será usada (describa cuántos datos y el tipo):

La información arriba detallada no se dará a conocer ni se divulgará a menos que exista una autorización específica.

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el día: FECHA _____

AVISO SOBRE SUS DERECHOS E INFORMACIÓN ADICIONAL

Puedo negarme a firmar esta Autorización. La firma o negación de firma de esta Autorización no constituye condición alguna para recibir tratamiento, pago, inscripción o requisitos para recibir prestaciones. Tengo el derecho de revocar esta Autorización en todo momento. Dicha revocación se tendrá que presentar por escrito, el documento tendrá que contar con mi firma y se tendrá que entregar a la siguiente dirección: Oficial de Privacidad (Privacy Officer),

Mi revocación entrará en vigor en el momento en el que se reciba, pero no tendrá vigencia si BartonHealthCareSystem u otros han tomado alguna medida basada en la Autorización. Tengo el derecho de pedir una copia de esta Autorización en caso de ser necesario.

Toda información divulgada mediante esta Autorización puede quedar sujeta a redivulgación por parte de la persona que recibe la información y es posible que las leyes de confidencialidad federales o estatales no la protejan. Sin embargo, las leyes del estado de California prohíben la divulgación de información médica de un(a) paciente por parte de toda persona que recibe información médica a terceros a menos que se me pida una autorización separada o que una ley vigente permita o exija su divulgación.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____

(Paciente/representante personal)

Si firma una persona que no sea el/la paciente, sírvase indicar su relación jurídica e indique por qué tiene la autoridad de firmar en nombre del/de la paciente:

Testigo: _____

Para uso exclusivo de Barton

Documents provided/Se han presentado los siguientes documentos: _____