



AUTORIZACIÓN PARA USO, RECIBO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al llenar este documento está dando su autorización para la divulgación, uso o recibo de información médica de carácter personal conforme a las leyes de confidencialidad 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
(En letra de molde)

No. de expediente de salud: Fecha de nacimiento:

AUTORIZACIÓN PARA USO, RECIBO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente doy mi autorización a Barton Health, para divulgar información a:

(Personas/organizaciones que tienen su autorización para recibir los datos)

O doy mi autorización a Barton Health, para pedir información a:

(Personas/organizaciones de las que quiere obtener expedientes)

Con domicilio en:

(Calle y número, ciudad, estado, código postal) (teléfono o fax si existe)

Se deberán divulgar o pedir los siguientes datos:

Todos los datos sobre mi historial de salud, trastornos psicológicos o condiciones físicas y datos sobre todos los tratamientos que he recibido

Solamente:

Expedientes de las siguientes fechas:

Dictado médico

Informes de laboratorio

Informes de radiología/rayos X

Expedientes del departamento de urgencias

Expediente del siguiente tratamiento:

O

Estados de cuenta de las siguientes fechas:

Otro:

Doy mi autorización expresa para divulgar la información detallada a continuación:

(seleccionar las cajitas que corresponden):

- Tratamiento de trastornos psicológicos/discapacidades de desarrollo _____(poner iniciales)
- Resultados de análisis de VIH/ tratamiento para SIDA _____ (poner iniciales)
- Información genética _____ (poner iniciales)
- Tratamiento relacionado con alcohol/drogas _____ (poner iniciales)

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

INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS E INFORMACIÓN ADICIONAL

“Entiendo que al firmar esta autorización:

- Estoy dando mi autorización para el uso o divulgación de mi información médica personal para el fin arriba mencionado.
- Tengo el derecho de revocar la autorización para divulgar dicha información en cualquier momento. Dicha revocación se tendrá que presentar por escrito y no tendrá efecto alguno sobre la información que previamente usada o divulgada. La revocación tendrá que contar con mi firma y se deberá mandar a: **Oficial de Privacidad (Privacy Officer,) Barton Health, 2170 South Ave., South Lake Tahoe, CA 96150.**
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente, y si me niego a firmar la misma, mi tratamiento, pago o requisitos para recibir prestaciones no se verán afectados.
- Además, entiendo que la persona a la que se divulga o manda esta información conforme a esta autorización no podrá usar o divulgar esta información médica a terceros a menos que se me pida una autorización adicional o a menos que una ley vigente exija o permita dicha divulgación “.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____

(Paciente o su apoderado/a)

Si firma una persona que no es el/la paciente, sírvase indicar su relación jurídica:

Escribir nombre en letra de molde: _____

(Apoderado/a)

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

Esta autorización vence: _____ (indicar fecha)

(Un año después de firmar el documento)

Firma del/de la testigo: _____ (indicar fecha)