



Community Memorial Health System

Autorización para el Uso o Divulgación de la Información de Salud (Authorization for Use or Disclosure of Health Information)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac: _____ MR#: _____ Bill#: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número(s) de teléfono: _____

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y/o uso de la información de salud que lo puede identificar en forma individual, como se indica a continuación y de acuerdo con las leyes de California y Federales concernientes con la privacidad de dicha información.

El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Puedo rehusarme a firmar esta autorización.
3. Mi revocación será efectiva al recibirse, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que la Notificación de la Ley de Privacidad contiene instrucciones en caso de que decidiera revocar mi autorización.
4. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. Ningún tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para obtener beneficios será condicionado a que yo provea o me rehúse a proporcionar esta autorización.
6. La información divulgada de acuerdo con esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el que la reciba y puede ya no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la divulgue aún más, a menos que me soliciten otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación se requiera específicamente o sea permitida por la ley.
7. Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que use o divulgue.
8. Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.
9. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o a mí nombre y entregada a (sobre con destinatario y franquicia postal):

Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización. (Cod. Civ. § 56.12)

Por la presente autorizo a: _____
(NOMBRE DEL HOSPITAL / CENTER FOR FAMILY HEALTH)

CFH solicitud; enviar por fax a: _____

a divulgar a: _____
(PERSONAS / ORGANIZACIONES AUTORIZADAS A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FAVOR DE VER AL REVERSO PARA MAYOR INFORMACIÓN

Community Memorial Hospital • Medical Records / Health Information Department • 805/652-5047 • Fax 805/652-5649
Ojai Valley Community Hospital • Medical Records / Health Information Department • 805/640-2215 • Fax 805/640-1649
Centers for Family Health • Medical Records / Health Information Department • 805/652-5047 • Fax 805/652-5649

LGL801





Community Memorial Health System

Autorización para el Uso o Divulgación de la Información de Salud (Authorization for Use or Disclosure of Health Information)

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione de esta lista):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informe al darle de alta | <input type="checkbox"/> Consult. / H&P | <input type="checkbox"/> Result. Prueba VIH |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Tratam. alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Factura desglosada | <input type="checkbox"/> Exp. médico completo | <input type="checkbox"/> Exp. de la Sala de Urgencias |
| <input type="checkbox"/> Informe de Rayos | <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Imágenes de Rayos X en CD |
| <input type="checkbox"/> Notas progreso/ órdenes de médicos | <input type="checkbox"/> Informe de Patología | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o uso de las notas de psicoterapia.

PROPOSITO

Descripción del cada propósito del uso solicitado o divulgación: _____

EXPIRACIÓN

Esta autorización expira el (anote fecha): _____

Esta autorización expira un (1) año después de la fecha de la firma a continuación a menos que se documente específicamente una fecha en el renglón anterior.

Después de haber completado este formulario, por favor imprima y llévelo a Medical Records en CMH para completar el proceso de solicitud.

FIRMA

Paciente / Representante / Cónyuge /
Persona o Entidad Responsable Económicamente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ A.M. / P.M.

Si la firma es de otra persona que no es el paciente, indique su relación o parentesco legal: _____

Se verificó identificación

Por la presente, autorizo a _____ a que recoja mi expediente.

Se verificó identificación

Representante del hospital que procesa la petición: _____

Fecha: _____