

# Autorización para el Uso o Divulgación de la Información de Salud

(Authorization for Use or Disclosure of Health)



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Bill # \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Número(s) de teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

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. Ningún tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para obtener beneficios será condicionado a que yo provea o me rehúse a proporcionar esta autorización.
5. La información divulgada de acuerdo con esta autorización podría ser divulgada de nuevo por quien 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.
6. Yo puedo inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que se me pide que use o divulgue.
7. Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.
8. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o a mi nombre y entregada a (sobre con destinatario y franquicia postal): **Community Memorial Healthcare, Health Information Department, 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003.**
9. Entiendo que tengo derecho a escoger como recibir mi información de salud.
  - a. Favor escoja un modo de entrega (escoja una opción)
    - 1. Correo (a la dirección que aparece más a continuación)
    - 2. Correo electrónico seguro a (correo electrónico de la destinataria a continuación) \_\_\_\_\_
    - 3. Envíe los registros por fax a: Numero de fax (paciente o entidad externa) \_\_\_\_\_
    - 4. En persona (solo previa cita)
  - b. Favor escoja un formato
    - 1. Papel
    - 2. CD  Memoria USB
    - 3. Archivo electrónico en formato "pdf"
  - c. Tome en cuenta que con el uso de fax o correo electrónico seguro existe algún nivel de riesgo de que su información de salud solicitada pudiera ser leída en tránsito por un tercero, o accediera a ella de otro modo.

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

Por la presente autorizo a  Community Memorial Hospital - Ventura  Community Memorial Hospital - Ojai  
 Community Memorial Health Centers \_\_\_\_\_  
 Otra entidad \_\_\_\_\_

a que divulgar a \_\_\_\_\_  
(PERSONAS / ORGANIZACIONES AUTORIZADAS A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_



**FAVOR DE VER AL REVERSO PARA MAYOR INFORMACIÓN**

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exp. médico completo | <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"/> Informe al darle de alta  | <input type="checkbox"/> Exp. de la Sala de Urgencias                        |
| <input type="checkbox"/> Informe de RayosX    | <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento de salud mental<br>(Las notas de salud mental deben usar el formulario de autorización de psicoterapia) |  |
| <input type="checkbox"/> Notas progreso       | <input type="checkbox"/> Informe de Patología  | <input type="checkbox"/> Imágenes de Rayos X en CD (obtenidas en radiología) |
| <input type="checkbox"/> Órdenes de médicos   | <input type="checkbox"/> Notación de expediente  | <input type="checkbox"/> Otros _____   |

Es necesaria una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de notas de psicoterapia.

Fechas de servicio solicitada(s) \_\_\_\_\_

## PROPÓSITO

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 si no se inserta arriba una fecha de vencimiento.

## FIRMA

Paciente / Representante / Cónyuge /  
Persona o Entidad Responsable Económicamente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM / PM

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

Si es el representante legal del paciente, favor de proporcionar documentación de respaldo como: Poder Legal, Acta de Defunción si el paciente ya falleció, Tutela o Prueba de custodia.

Se verificó identificación

Por la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a que recoja mi expediente.

Se verificó identificación (durante las operaciones normales del departamento)

Representante del hospital que procesa la petición \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

*Community Memorial Healthcare ~ Medical Records/Health Information Department 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003  
Phone 805-948-5047 ROlrequests@cmhshealth.org Fax 805-652-5649*

*Community Memorial Hospital-Ojai ~ Medical Records/Health Information Department ~ 1306 Maricopa Hwy., Ojai, CA 93023  
Phone 805-640-2215 Fax 805-640-1649*

*Community Memorial Health Centers ~ Medical Records/Health Information Department  
Please use Community Memorial Healthcare contact information above  
Phone 805-948-5047 Fax 805-652-5649*

LGL801

