

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento la autorización para el uso o la divulgación de información sobre su salud, y falta de toda la información solicitada, puede invalidar esta autorización.

PARTE 1

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Opcional - Archivos no serán enviados por correo electrónico

PARTE 2

Yo autorizo: _____
(Nombre de Personas/Organizaciones autorizadas a divulgar la información)

(Dirección — calle, ciudad, estado, código postal)

la siguiente información (Algunos archivos solamente serán disponibles en modo de papel):

a) Toda la información médica relativa a mi historial médico, estado físico o mental, el tratamiento recibido y de seguros y registros de facturación; O

Sólo los siguientes registros o tipos de información (incluso las fechas):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archivo Medico | <input type="checkbox"/> Historial Y Físico | <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Notas de la Oficina | <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Expedientes de Facturación |

Otros documentos médicos: _____

b) Autorizo específicamente la liberación de la siguiente información (marque lo que proceda):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> El tratamiento de salud mental* | <input type="checkbox"/> El tratamiento de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas del VIH | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas genéticas |

*Una autorización separada es necesaria para autorizar la divulgación o el uso de las notas de psicoterapia.

ser enviada a: _____
(Nombre de Personas/Organizaciones autorizadas a recibir la información)

(Dirección — calle, ciudad, estado, código postal)

(Fax) Opcional

PARTE 3

Propósito del usó o divulgación solicitada: Paciente petición; O Otro: _____
Fecha de: ____/____/____ a ____/____/____

Esta autorización se vence (fecha): ____/____/____ (Si esta en blanco, se vence un año de la fecha firmada)

PARTE 4

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativo no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago o la elegibilidad para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y lo presentaré a la siguiente dirección: **CCFMG, Attn: Release of Information, 2625 E Divisadero Street, Fresno, CA 93721-1431. Para ayuda/preguntas llenando este formulario llama: (559) 453-5200**
- La revocación escrita será efectiva desde el momento de ser recibida, pero no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar y/o obtener una copia de la información de salud que se me pide para permitir el uso o la divulgación de.
- Entiendo que la ley de California prohíbe la persona que recibe mi información de salud de comunicar la información adicionalmente al menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí o que tal relevación específicamente requerida o permitida por la ley. Esta protección no extiende a las personas fuera del estado de California.
- Si esta casilla está marcada, el solicitante recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información.

Nombre Impreso: _____ Fecha: ____/____/____
 (Paciente/ Representante legal/personal) Tiempo: ____AM / PM
 Firma: _____

Si la firma es de otra persona y no del paciente, indique la relación:

Nombre Impreso: _____ Relación: _____
 (Padre, Representante legal/personal)

Print Staff Name: _____

LLENE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI USTED QUIERE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN
 Complete PART 1 y toda la siguiente información

Nombre Impreso: _____ Fecha: ____/____/____
 (Paciente/ Representante legal/personal) Tiempo: ____AM / PM
 Firma: _____

Si la firma es de otra persona y no del paciente, indique la relación:

Nombre Impreso: _____ Relación: _____
 (Padre, Representante legal/personal)

Print Staff Name: _____
