

Al completar este documento autoriza la divulgación y/o uso de datos médicos individuales que lo identifican, como se describe a continuación, de acuerdo a la ley Federal y de California sobre la privacidad de tal información. **El no suministrar toda la información solicitada pudiera causar que ésta autorización no sea válida.**

**USO O DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 números de su seguro social: \_\_\_\_\_

De esta manera autorizo a \_\_\_\_\_

para para divulgar a: \_\_\_\_\_ (Nombre del médico, hospital o profesional de atención médica)

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

Motivo por el cual se solicita la divulgación:

Atención médica  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha en que se dieron los servicios: \_\_\_\_\_

Esta autorización aplica a lo siguiente:

Historial Médico y Examen Físico

Resumen al dársele de alta

Informe Operativo

Información de Tratamiento de Salud Mental

Registro de Diálisis

Laboratorio / Radiografías

Tratamiento de VIH

Tratamiento por Abuso de Alcohol / Drogas

Informe de Sala de Emergencias

Información genética

Otro: \_\_\_\_\_

Método de divulgación

Recogido por el paciente:  Papel  CD

Recogido por otra persona que no es el paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Si se manda por correo electrónico al paciente, indique el correo electrónico: \_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO**

Fecha de vencimiento de esta autorización (escribir la fecha): \_\_\_\_\_



**NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN**

Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Tengo derecho a recibir a una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser realizada por escrito, firmada personalmente por mí o por una persona que firme en mi nombre, y debe ser enviada a la siguiente dirección:

Kaweah Delta Health Care District, Health Information Management  
400 W. Mineral King Avenue Visalia, CA 93291

Mi revocación entrará en efecto desde el momento en que sea recibida, pero no tendrá efecto referente a los actos que el Solicitante u otras personas hayan realizado basándose en esta autorización.

Mi decisión de dar o de negarme a dar esta autorización no condicionará el tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría a su vez ser divulgada por el receptor y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por su siglas en inglés). Sin embargo, las leyes de California prohíben a la persona que recibe mi información médica divulgarla a los otras personas, a menos que se obtenga otra autorización para esta divulgación de mi parte o que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Puedo examinar u obtener una copia de la información médica que me están pidiendo autorizar para usar o divulgar. Yo entiendo que lo anterior puede incluir TODOS los registros médicos, u otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización, y/o atención médica como paciente externo para mi condición, incluyendo *impedimento psicológico o psiquiátrico, abuso de drogas y/o alcoholismo y resultados de exámenes para detectar el VIH.*

Si este casillero está marcado , el Solicitante recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.

**FIRMA**

Paciente _____	Firma _____	Fecha/Hora _____
<input type="checkbox"/> Firmado por otra persona debido a la condición del paciente al momento de los servicios		
Firma de la otra persona _____	Fecha/Hora _____	Relación: _____

El profesional que atiende debe autorizar la divulgación de los registros Psiquiátricos y de Dependencia Química:

Por favor, marque una:     Autorizo la divulgación     No autorizo la divulgación

Physician _____	Signature _____	Physician # _____	Date/Time _____ am / pm
-----------------	-----------------	-------------------	-------------------------