

Registro médico #: _____

Nombre del paciente (letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): _____

Teléfono: _____ N.º del SS (últimos 4 dígitos): _____

1. Por la presente doy mi autorización para que mi información médica protegida sea liberada de (seleccione todas las instalaciones que correspondan):

- Community Regional Medical Center, 2823 Fresno Street, Fresno CA 93721
- Clovis Community Medical Center, 2755 Herndon Avenue, Clovis CA 93611
- Fresno Heart & Surgical Hospital, 15 E. Audubon Drive, Fresno CA 93720, incluido el Centro de Pruebas Diagnósticas Avanzadas (ADTC)
- Community Behavioral Health Center, 7171 N. Cedar Avenue, Fresno CA 93720
- Community Cancer Institute, 785 North Medical Center Drive West, Clovis CA 93611
- Community Subacute Transitional Care Center, 3003 N. Mariposa, Fresno CA 93703
- Otro (por favor, especifique): _____

2. Por la presente autorizo a las siguientes personas o entidades a recibir mi información médica:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección/Ciudad/Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3. Información que se divulgará (díganos qué información necesita):

La información se divulgará durante el siguiente intervalo de tiempo: desde _____ hasta _____.

- Informe(s) médico(s) y resultado(s) de prueba(s)
- Informe(s) radiológicos solamente
- Imagen(es) radiológica(s) (por favor, especifique):
 - Rayos X Ultrasonido Tomografía computarizada MRI Mamografía
- Prueba(s) de laboratorio solamente
- Registro médico completo (todas las páginas), excluidas las imágenes radiológicas
- Registros de facturación
- Otro (especificar): _____

4. Autorización especial (díganos si tenemos permiso para liberar la siguiente información confidencial):

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

- Resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) _____ (inicial)
- Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas _____ (inicial)
- Información sobre el tratamiento de salud mental _____ (inicial)
- Resultados de pruebas genéticas _____ (inicial)

Nota: Se requiere una autorización separada para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, tal como se define en las regulaciones federales que implementan la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Administración de Información Médica
Autorización para divulgar información médica protegida
(Health Information Management)
(Authorization to Release Protected Health Information)

OFFICE USE ONLY Identification verified by

(name): _____

Verified by (method): Photo ID Matching Signature

Other: _____



5. Propósito del uso o liberación solicitados (díganos cómo utilizará los registros):

- Continuación de la atención médica Uso personal Seguro
 Otro (por favor, mencione): _____
 Limitaciones, si las hubiera: _____

6. Formato solicitado (SOLO marque uno):

- MyChart/Portal en línea Disco compacto (CD) Copia en papel
 Correo electrónico (cifrado) proporcionar dirección de correo electrónico: _____
 Correo electrónico (sin cifrar; nótese que si solicita que la información se envíe por correo electrónico sin cifrar existe un mayor riesgo de que la información sea leída por un tercero no autorizado); proporcionar dirección de correo electrónico: _____
 Otro (debe ser acordado por el paciente y el proveedor): _____

7. Método de liberación para copia en papel o CD (SOLO marque uno):

- Correo FAX (copia en papel solamente) A recoger (si corresponde)

8. Caducidad:

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique aquí una fecha diferente: _____ (inicial) _____

9. Sus derechos:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento ni beneficios de pago o elegibilidad.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud cuyo uso o divulgación se me pide que autorice.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica hacer una divulgación adicional de la misma, a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.
- Revoco esta Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida.

Fecha de la revocación: _____ Firma: _____

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Si esta casilla está marcada, Community Medical Centers recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi información médica.

Administración de Información Médica
***Autorización para divulgar
información médica protegida***

Continúa en la página 3

10. Firma (según lo exija la ley):

Fecha/Hora

*Firma del paciente/representante legal**

Si el que firma no es el paciente, escriba el nombre en letra de imprenta e indique la relación con el paciente.

Relación

Nombre en letra de imprenta

*** El representante legal autorizado que firma en nombre del paciente debe presentar copias de los documentos legales que describan la asignación de esta facultad a favor del representante personal.**

Fecha/Hora

Firma del testigo n. # 1/Nombre en letra de molde/Cargo

Fecha/Hora

Firma del testigo n. # 2/Nombre en letra de molde/Cargo

(Es necesaria la firma del testigo n. # 2 si el paciente firma con una "X").