

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 i 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
☐ Burnett Extended Care Center, 2715 Fresno Street, Fresno, CA 93721
☐ 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 ☐ Ultrasonido ☐ Tomografía computarizada ☐ MRI ☐ Mamografía
☐ Prueba(s) de laboratorio solamente ☐ Registros de facturación
☐ Registro médico completo (todas las páginas), excluidas las imágenes radiológicas
☐ Otro (especificar): _____

4. Información sensitiva (NO SERÁ DIVULGADA, a no ser que ponga sus iniciales a continuación):

- _____ Divulgar registros de tratamiento de abuso de drogas y alcohol
 _____ Divulgar registros de tratamiento de salud mental / psiquiátricos
 _____ Divulgar resultados de pruebas del VIH
 _____ Divulgar resultados de pruebas genéticas
 _____ Divulgar registros relacionados con el cuidado del aborto
 _____ Divulgar registros de anticoncepción
 _____ Divulgar registros que afirmen el género

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) ☐ Unidad flash USB ☐ Copia en papel

☐ 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 / Unidad Flash USB (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 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***

Health Information Management
Authorization to Release Protected
Health Information

10. Firma (como requerido por ley):

_____ Fecha / Hora	_____ Firma del Paciente / Representante*
_____ Parentezco	_____ Nombre en letra de molde

****El representante legal autorizado que firme por el paciente, debe proporcionar copias de los documentos legales que describen la asignación de esta autoridad por parte del representante personal.***

_____ Fecha / Hora	_____ Firma del Testigo #1 / Nombre en letra de molde / Título
_____ Fecha / Hora	_____ Firma del Testigo #2 / Nombre en letra de molde / Título

(Firma del Testigo#2 requerida si el paciente marca con una "X")

11. Declaración del intérprete, si procede:

He leído con exactitud y por completo el documento anterior a *(nombre del paciente o representante legal)* _____ en *(idioma)* _____ el idioma principal del paciente o representante legal. El paciente o representante legal ha comprendido todos los términos y condiciones y ha reconocido su acuerdo firmando el documento ante mí.

Se proporcionó interpretación: ☐ En persona ☐ Remota

Firma del intérprete:

_____ Fecha / Hora	_____ Firma del intérprete / nombre en letra de molde / título
-----------------------	---

Agencia / ID del intérprete, si procede: _____

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

Health Information Management
Authorization to Release Protected
Health Information