

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
- 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

<p>OFFICE USE ONLY Identification verified by (name): _____ Verified by (method): <input type="checkbox"/> Photo ID <input type="checkbox"/> Matching Signature <input type="checkbox"/> Other: _____</p>
--



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

