

Autorización para el uso y/o divulgación de Información de Salud del Paciente

El Completar este documento autoriza el uso y/o divulgación de información de su salud. Por favor lea el documento completamente (todas las páginas) antes de firmarlo.

Nombre del Paciente: Rosa Castaneda Fecha de Nacimiento: 4-9-68
 Dirección del Paciente: 400 Philadelphia St 115 chino CA 91710

Por este medio autorizo a:	Proveer información (describa abajo) a:
(Proveedor de Salud / Organización que va a proveer la información)	(Proveedor de Salud / Organización que va a recibir información)
(Dirección)	(Dirección)
(Ciudad, estado, código postal)	(Ciudad, estado, código postal)
(Número de Teléfono) (Número de FAX)	(Número de Teléfono) (Número de FAX)

Yo autorizo la divulgación de la siguiente información *(seleccione solamente una de las siguientes):*

- ☒ Toda la información de salud de mi historial médico, mental o condición física y tratamiento recibido; ó
- ☐ Solamente los siguientes archivos o tipo de información de salud (incluyendo fechas):
- _____
- _____

NOTA: Los siguientes tipos de información no serán divulgados a menos que sean específicamente autorizados.

Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información de salud *(Se requieren las iniciales si cualquiera de las siguientes opciones es chequeada):*

- | | |
|--|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Información de tratamiento de Salud Mental | Iniciales: <u>R. I</u> |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Información de tratamiento de Alcohol/drogas | Iniciales: _____ |

Autorización para el uso y/o divulgación de Información de Salud del Paciente

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

PROPOSITO: La petición para el uso o divulgación de información de mi salud es para el siguiente propósito:

- (1) Para proveer y coordinar mi tratamiento de salud y servicios; y
- (2) Para mejorar la calidad del tratamiento de salud que recibo.

EXPIRACIÓN: Esta autorización expira un año de la fecha de mi firma a menos que una fecha diferente sea especificada aquí _____ (fecha).

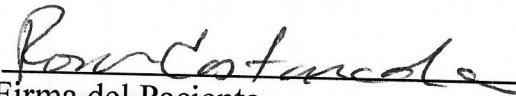
REVOCACIÓN: Yo entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo presentando mi petición para revocar esta autorización al proveedor de salud/Organización autorizado(a) para divulgar mi información. Mi revocación será efectiva al recibo de ésta, excepto lo que otros han actuado basados sobre ésta Autorización.

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN: Yo entiendo que no tengo que firmar esta Autorización. El rehusarme no afectará my habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.

Además, entiendo que la información divulgada por esta Autorización, puede ser divulgada nuevamente (proveída) a otra persona o agencia y ya no podría estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA- por sus siglas en ingles). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba mi información de salud por medio de esta Autorización pueda divulgarla, al menos que una nueva autorización para dicha divulgación es obtenida y firmada por mi o al menos que dicha divulgación es requerida específicamente o permitido por la ley.

Yo he leído las páginas de esta Autorización y estoy de acuerdo que se use y divulgue la información de salud especificada anteriormente.


Firma del Paciente

9-18-2020
Fecha de Firma

Firma Del Representante Legal del Paciente (si es el caso)

Fecha de Firma

Nombre Del Representante Legal del Paciente

Parentesco con el Paciente