



Administración de la Información Médica Email – [DES-DRMC-MedRecords@tenethealth.com](mailto:DES-DRMC-MedRecords@tenethealth.com)  
Teléfono (760) 323 6289; Fax (760) 323 633  
1150 North Indian Canyon Drive, Palm Springs, California 92262

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

Fecha de nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

#### AUTORIZO A:

**Desert Regional Medical Center** a divulgar información médica a:

**Nombre de la persona o establecimiento que tiene información que se divulgará**

**Nombre de la persona o establecimiento que recibirá su información médica**

**Dirección, ciudad, estado, código postal**

#### INDIQUE LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta hospitalaria            | <input type="checkbox"/> Informes de patología                           |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico            | <input type="checkbox"/> Informes de ECG                                 |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio                      | <input type="checkbox"/> Notas sobre progreso                            |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta/evaluación          | <input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas                |
| <input type="checkbox"/> Informe del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Pruebas, tratamiento y diagnóstico de VIH/ SIDA |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                 | <input type="checkbox"/> Información de salud mental                     |
| <input type="checkbox"/> Informes radiológicos                   | <input type="checkbox"/> Otra: _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas                   |  |

#### ESPECIFIQUE LA FECHA O LOS PERÍODOS PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA

ATERRIORMENTE: \_\_\_\_\_

#### INDIQUE EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN:

- A solicitud del paciente/representante del paciente  
 Otro (indique el motivo): \_\_\_\_\_

Iniciales del paciente/representante del paciente : \_\_\_\_\_

Page 1 of 2

**DESERT REGIONAL MEDICAL CENTER**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA**

**NOMBRE DEL APCIENTE:** \_\_\_\_\_ **MRN:** \_\_\_\_\_

**AVISO:**

Por ley, se exige que Desert Regional Medical Center y muchas otras organizaciones y personas, como médicos, hospitals y planes de salud, matengan la cofidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguna persona a quien la ley no exija mantener la confidencialidad, es posible que su información deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

**MIS DERECHOS:**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción del pago o la elegibilidad para obtener beneficios no podrán supeditarse a la firma de esta autorización, salvo si la autorización es para: 1) realizar un tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar una reclamación, o 4) crear información médica para proporcionar a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento siempre que lo haga por escrito y la envie a Health Information Management Department, Desert Regional Medical Center, 1150 North Indian Canyon Drive, Palm Springs, CA 92262. La revocación entrará en vigencia cuando Desert Regional Medical Center reciba la solicitud.
- Tengo derecho a recibir una copia de la Autorización para la Divulgación de Información.

**VENCIMINETO DE LA AUTORIZACIÓN:**

A menos que se revoque de otra manera, la Autorización vence \_\_\_\_\_ (introducir la fecha o el evento correspondientes). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma de este formulario. Cualquier servicio proporcionado después de la fecha de la firma requerirá que se complete una nueva autorización.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono, incluido  
el código de área

\_\_\_\_\_  
Si lo firma alguien que no sea el paciente, indique su relación con el paciente e indique  
la autoridad.