

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este documento autoriza la revelación de información médica individualmente identificable exigida por la ley estatal y federal. Puede negarse a firmar esta autorización. Negarse a firmar no afectará su capacidad de obtener servicios de Cottage Health (CH).

Si no se da toda la información exigida, esta autorización podría no tener validez.

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____ Otros nombres: _____

B. SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Solicito y autorizo la revelación de información médica sobre el paciente mencionado arriba para los servicios de atención médica que prestan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Santa Barbara Cottage Hospital | <input type="checkbox"/> Goleta Valley Cottage Hospital |
| <input type="checkbox"/> Santa Ynez Valley Cottage Hospital | <input type="checkbox"/> Cottage Rehabilitation Hospital |
| <input type="checkbox"/> Pacific Diagnostic Labs (PDL) | <input type="checkbox"/> Atención de urgencia (Urgent Care) de Cottage |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Tenga en cuenta: Los resultados de salud mental/dependencia química, atención médica reproductiva y VIH están protegidos por leyes especiales de confidencialidad que exigen que usted especifique si estos datos se incluirán en esta revelación. Indique si quiere que se incluya la información específica señalada:

☐ *Salud mental ☐ Dependencia química ☐ VIH ☐ **Atención médica reproductiva

*La ley del estado de California exige que obtengamos permiso por escrito del médico tratante.

**Se define como "Atención médica que afecta la salud de una persona en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos".

Fechas de visita o atención (sea específico): _____

Información médica que se revelará: ☐ Registro del Departamento ☐ Notas del proveedor (médico) de Emergencias

☐ Resultados de pruebas de diagnóstico (análisis, informes de radiología, etc.) ☐ Informes operativos/de procedimiento

☐ Imágenes de radiología ☐ Facturación ☐ Otro (especifique): _____

Esta información se usará para los siguientes propósitos: ☐ Continuación de la atención

☐ Seguro ☐ Legal ☐ Archivos personales ☐ Otro: _____

C. A QUIÉN SE DEBE DAR LA INFORMACIÓN:

Autorizo que esta información se revele a: ☐ Paciente (yo mismo)

☐ Otro, nombre: _____

Relación: _____

Número de contacto del destinatario: (____)____-____

D. MÉTODO DE ENTREGA (seleccione uno): ☐ MyChart ☐ Recogida (solo con cita previa)

☐ Correo electrónico: _____ ☐ Fax: (____)____-_____

☐ Correo postal: _____

(Dirección)

(Ciudad)

(Código postal)

E. VENCIMIENTO:

Esta autorización entra en vigor a partir de este momento y seguirá estándolo hasta (escriba la fecha):

Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma de este formulario.

F. SUS DERECHOS:

- Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Si necesita que le enviemos una copia por correo, dé la dirección postal completa a la que quiere que le enviemos la copia:

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Copia dada: ☐ Sí ☐ No Comentarios: _____

- Tiene derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita y firmada a: Administración de la Información Médica (Health Information Management), Santa Barbara Cottage Hospital (consulte la dirección abajo).

G. RESTRICCIONES:

El destinatario de la información médica protegida tiene prohibido volver a revelar la información a menos que el destinatario obtenga otra autorización mía o a menos que la revelación se exija o se permita específicamente por ley.

H. COSTO Y TIEMPO

Costo: Es posible que se aplique una tarifa por las copias de registros médicos. Se lo informará con antelación de si se incurre en alguna tarifa. Esta tarifa no se aplica a las copias de información médica enviadas directamente a un proveedor de atención médica. **Las copias suelen estar disponibles en los 15 días siguientes a la recepción de una solicitud válida.**

I. FIRMA AUTORIZANTE: (SE ACEPTARÁN FIRMAS ELECTRÓNICAS VÁLIDAS)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Número de contacto del solicitante (si es diferente al del destinatario): (____)____-_____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____

Se exigirán documentos legales que validen la autoridad antes de que se pueda procesar esta solicitud:

- ☐ Padre o tutor de un paciente menor de edad (en la medida en que el menor no pudiera dar su consentimiento para recibir atención)
- ☐ Tutor o curador de un paciente incompetente
- ☐ Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido

❖ **Envíe el formulario completo a la Administración de la Información Médica mediante cualquiera de los métodos siguientes:**

E-MAIL: medicalrecords@sbch.org

FAX: (805) 749-2879

CORREO POSTAL: Cottage Health, H.I.M. Dept., P.O. Box 689, Santa Barbara, CA 93102

Si tiene preguntas, llame al 805-352-2506