

# Autorización Para Uso o Divulgación de Información Médica Protegida



Si usted completa el presente documento, autoriza la divulgación o el uso de su información médica. Si no brinda *toda* la información requerida, esta autorización puede quedar anulada.

## USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres que usa: \_\_\_\_\_ Núm. telefónico: \_\_\_\_\_

Núm. de cuenta o expediente médico: \_\_\_\_\_  
(Para uso exclusivo del hospital)

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_  
(Centro u otro proveedor)

A DIVULGAR A: \_\_\_\_\_  
(Personas/organizaciones autorizadas para **recibir** la información)

en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información que se encuentra en los expedientes especificados a continuación (marque abajo el casillero y escriba sus iniciales en los renglones que correspondan):

\_\_\_\_\_ Expedientes de tratamiento de salud mental o para discapacidades del desarrollo (excepto las “notas de psicoterapia”).

\_\_\_\_\_ Expedientes de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

\_\_\_\_\_ Resultados de análisis de VIH.  
(Esto solo autoriza la divulgación de los resultados de los análisis de laboratorio.

**Tenga en cuenta que sus expedientes pueden contener información sobre su condición de VIH incluso si usted no escribe su inicial en este renglón).**

**LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES (no corresponde a los documentos del Centro en Línea para Pacientes)** Tipos específicos de información médica o registros de las fechas de tratamiento según lo indicado [marque todos los casilleros que correspondan]:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos | <input type="checkbox"/> Documentos sobre la continuidad de la atención |   |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiografías   | <input type="checkbox"/> Expedientes de la sala de emergencia           |   |
| <input type="checkbox"/> Informes de alta           | <input type="checkbox"/> Resúmenes clínicos                             | <input type="checkbox"/> Notas de evolución |
| <input type="checkbox"/> Informes de interconsultas | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos                |   |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación   | <input type="checkbox"/> Fecha(s): _____                                |   |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio    | <input type="checkbox"/> Otro expediente: _____                         |   |



**Dignity Health.**

Mercy Medical | St. Elizabeth | Mercy Medical  
Center Redding | Community Hospital | Center Mt. Shasta

Página 1 de 3

Patient Identification / Label

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**

- TODOS LOS EXPEDIENTES (no corresponde a los documentos del Centro En Línea para Pacientes)** sobre mis tratamientos, mis hospitalizaciones y la atención ambulatoria.  
**Nota:** Se requiere otra autorización para usar o divulgar las notas de psicoterapia o la información médica de investigaciones.

**CENTRO EN LÍNEA PARA PACIENTES/PORTAL PARA PACIENTES**

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** El objetivo y las limitaciones (si las hubiera) del tipo de uso o divulgación solicitado son los siguientes:

- a pedido del paciente o de su representante personal; **O BIEN**
- otro objetivo u otras limitaciones: \_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN:**

**1. SOLICITUDES DE EXPEDIENTES MÉDICOS (no corresponde a los documentos del Centro En Línea para Pacientes):**

Esta autorización vencerá automáticamente un (1) año después de la fecha de ejecución, a menos que aquí se especifique una fecha de finalización diferente:  
\_\_\_\_\_ (Escriba la fecha)

**2. CENTRO EN LÍNEA PARA PACIENTES/PORTAL PARA PACIENTES**

Esta autorización de divulgación mediante el Centro En Línea para Pacientes tendrá vigencia durante 10 años o hasta que se la revoque de acuerdo con las instrucciones que figuran abajo del encabezado "MIS DERECHOS".

**MIS DERECHOS:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener el tratamiento o realizar el pago, ni mi elegibilidad para recibir los beneficios.
- Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección:

**A. Mercy Medical Center Redding, 2175 Rosaline Ave., Redding, CA 96001**

**B. St. Elizabeth Community Hospital, 2550 Sister Mary Columba Dr., Red Bluff, CA 96080**

**C. Mercy Medical Center Mt. Shasta, 914 Pine Street, Mt. Shasta, CA 96067**

Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto hasta el punto en que otras personas hayan actuado en virtud de esta autorización.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.



Mercy Medical | St. Elizabeth | Mercy Medical  
Center Redding | Community Hospital | Center Mt. Shasta

Página 2 de 3

Patient Identification / Label

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF  
PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**

OPT-264-S-NS (03/23)

White Copy – Medical Record    Yellow Copy – Patient

El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. En ocasiones, estas nuevas divulgaciones no se encuentran protegidas por la legislación de California y es posible que ya no estén protegidas por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para divulgar información sobre trastornos por abuso de sustancias, es posible que el destinatario tenga prohibido divulgar la información en virtud de la parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante personal)

Nombre en imprenta del representante personal

Relación con el paciente

Verificación de la identificación del paciente/representante.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_ **Departamento:** \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre **tratamientos de trastornos por abuso de sustancias** está protegida por las normas federales de confidencialidad (parte 2 del Título 42 del CFR), se le deben dar al destinatario las siguientes afirmaciones sobre la prohibición de volver a divulgar dicha información:

**Las normas federales prohíben que el destinatario realice una divulgación adicional de esta información, salvo que la divulgación adicional esté permitida expresamente en un consentimiento por escrito de la persona a la que la información pertenece o, de otro modo, según lo permita la parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o demandar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.**

Línea de ayuda para asuntos de facturación

Dignity Health/HealthPort  
(888) 488-7667

Línea de ayuda del Portal para pacientes

(844) 274-8497  
patientcenterstaff@dignityhealth.org



Mercy Medical | St. Elizabeth | Mercy Medical  
Center Redding | Community Hospital | Center Mt. Shasta

Página 3 de 3

Patient Identification / Label

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF  
PROTECTED HEALTH INFORMATION (Spanish)**

OPT-264-S-NS (03/23)

White Copy – Medical Record    Yellow Copy – Patient