

cumplimentación de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información médica sobre usted.

El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización

PACIENTE USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA :

Nombre del Paciente: _____ Date de Nacimiento : _____

Otros nombres utilizados : _____

Autorizo: **DOMINICAN HOSPITAL (Santa Cruz)**

(Facilidad u otro proveedor)

Para revelar a: _____

(Personas/organizaciones autorizadas para recibir la información)

A la siguiente direccion: _____

(calle, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información contenida en los registros especificados a continuación (casilla de verificación y líneas iniciales aplicables a continuación):

- Registros de salud mental o tratamiento de discapacidad del desarrollo (excluye “notas de psicoterapia”)
- Registros de tratamiento de abuso de sustancias.
- Resultados de la prueba del VIH (**Esto autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio solamente**).
Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su estado de VIH, incluso si no inicia esta línea.

LOS SIGUIENTES REGISTROS, tipos específicos de información de salud o registros de la(s) fecha(s) de tratamiento especificada(s) [las casillas aplicables]:

- Para los registros de facturación detalladas
- Informes de Radiografías
- Historia Clínica completa
- Pruebas de y Laboratorio Físico
- Registros de la Sala de Emergencias
- Notas de progreso
- Resumen de alta
- Registros de facturación
- Antecedentes y Físico:
- completas de los registros de salud
- Informes de consulta
- Otro (*Especificar*)



1555 Soquel Drive
Santa Cruz, CA 95065

**PATIENT USE AND DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH**



- TODOS LOS RECORD** relacionados con mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria. Se requiere una autorización separada para el uso o divulgación de notas de psicoterapia o información de salud de la investigación.

FINALIDAD: El propósito y las limitaciones (si las hubiera) del uso o divulgación solicitados son:

- A petición del paciente o representante personal, **O**

- Otro: _____

EXPIRACIÓN: Esta autorización expirará automáticamente un (1) año a partir de la fecha de ejecución a menos que se especifique una fecha de finalización diferente: _____

(Insertar fecha)

MIS DERECHOS:

- **Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.**
- **Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: _____**
- **Mi revocación surtirá efecto en el momento de la recepción, excepto en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.**
- **Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.**

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser re-divulgada por el destinatario. Dicha re-divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para la divulgación de información sobre abuso de sustancias, se puede prohibir al destinatario divulgar la información en virtud de 42 C.F.R. parte 2.



1555 Soquel Drive
Santa Cruz, CA 95065

**PATIENT USE AND DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH**



FIRMA: _____ **FECHA:** _____

(Paciente o representante personal)

(Escriba con letra de imprenta el nombre del representante personal)

Identificación del paciente/representante verificada.

Iniciales: _____ Departamento: _____

Nota: Si la información sobre el tratamiento del **abuso de sustancias** está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 C.F.R. parte 2), se debe proporcionar al destinatario de la información la siguiente prohibición de las declaraciones de re-divulgación:

Las reglas federales prohíben al destinatario hacer cualquier divulgación adicional de la información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita 42 C.F.R. parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.



1555 Soquel Drive
Santa Cruz, CA 95065

**PATIENT USE AND DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION-SPANISH**



