

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida



Por la presente, _____, autorizo a

Nombre en imprenta de la persona (es decir, paciente, residente o cliente)

☐ Mercy Medical Center Redding

☐ St. Elizabeth Community Hospital

☐ Mercy Medical Center Mt. Shasta

☐ Otro: _____

a usar y divulgar la información médica protegida que se describe a continuación para el siguiente paciente:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo a que la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) reciba(n) la información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

La siguiente información de salud identificable individualmente puede ser usada o divulgada:

A continuación, se incluyen los documentos que se solicitan con más frecuencia. Esto no conforma su registro médico completo, el cual usted tiene derecho de solicitar. * Marque (✓) todos los casilleros que correspondan:

☐ Resumen

☐ Informes de radiología (por ejemplo, rayos X)

☐ Resumen del alta/diagnóstico final

☐ Otros informes de diagnóstico

☐ Historial y registros físicos

☐ Imágenes de diagnóstico

(preparadas por el Departamento de Radiología)

☐ Informes de consulta

☐ Notas de fisioterapia

☐ Operaciones y procedimientos

☐ Notas del médico

☐ Resultados de las pruebas de diagnóstico

☐ Lista de medicamentos

☐ Registros de la sala de emergencias

☐ Factura desglosada

☐ Informes de laboratorio

☐ Factura de demanda

☐ Expediente de inmunización (vacunas)

☐ Otro*: _____



Dignity Health.

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

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Fechas de tratamiento que se divulgarán: Desde: _____ Hasta: _____

Razón o propósito del uso o divulgación de la información:

Solicito que los documentos divulgados se envíen por el siguiente medio:

☐ Electrónico; dirección del portal: _____

☐ Electrónico; dirección de correo electrónico: _____

Si se ha seleccionado la opción “correo electrónico”, el correo electrónico se enviará de forma segura, a menos que se solicite lo contrario.

Si solicito un correo electrónico no seguro, comprendo que el correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi información médica protegida y acepto el riesgo de enviar dicha información a través de un método no seguro.

_____ **Escriba sus iniciales aquí si solicita un correo electrónico no seguro.**

☐ Copia impresa a la dirección postal: _____

☐ Otro (USB, CD, entrega en persona, etc.) Describa: _____

Entiendo que esta autorización permite la divulgación de cualquier información incluida en los registros mencionados anteriormente relacionada con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas o psicológicas, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, o afecciones relacionadas con el VIH, a menos que indique lo contrario. **NO QUIERO** que se divulgue la siguiente información (según lo definido por las leyes estatales y federales vigentes)

☐ Trastorno por consumo de alcohol, drogas o sustancias

☐ Resultados de pruebas de VIH solamente

(se seguirán divulgando las notas relativas al estado serológico, aunque escriba sus iniciales/se marquen)

☐ Discapacidades de salud mental y del desarrollo

Prohibición de condicionamiento para la autorización: Comprendo que tengo derecho a no firmar la autorización. Su proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento al hecho de que usted firme esta autorización, a menos que suceda lo siguiente:

- Usted esté recibiendo tratamiento relacionado con la investigación, o
- La única razón por la que el centro le proporcione atención médica sea para hacer un informe a un tercero, tal como su empleador (por ejemplo, su aptitud física para regresar al trabajo) o a la escuela (por ejemplo, para educación física).



Dignity Health.

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

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Redivulgación: Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ya no estar protegida por la ley de privacidad federal (también conocida por HIPAA) y el destinatario de mi información de salud podría divulgarla de nuevo. No obstante, conforme a los Requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias, 42 CFR parte 2, se puede prohibir al destinatario que revele información identificable relacionada con el abuso de sustancias.

Vencimiento: La fecha de entrada en vigor de esta autorización es a partir de la fecha de la firma y se vencerá en la fecha o evento que se indica aquí: La fecha de vencimiento o evento no puede superar el año, a menos que la persona que firma la autorización especifique lo contrario.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante una notificación escrita, si envío una carta al centro, clínica o entidad que se especifica en este comunicado o si lleno el formulario de Revocación de autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, no afectará las acciones que se llevaron a cabo antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya haya realizado, y que puede usar mi información de salud en la medida en que sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

Esta autorización es vinculante: Las declaraciones formuladas en esta autorización son vinculantes y controladoras, y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones que se formulan en el Aviso de Prácticas de Privacidad del centro.

Acepto el cobro de un honorario en concepto de copias de mi expediente médico.

Entiendo que se me ha brindado la oportunidad de recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o tutor legal: _____

Nombre en imprenta: _____ **Fecha:** _____

Si usted es el representante personal del paciente:

Firma del representante personal: _____

Nombre en imprenta: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta: _____

(Incluya copias de cualquier documento que demuestre la representación personal, como el documento del poder notarial, los documentos de la tutela, los documentos del albacea testamentario o del administrador del testamento).

**Línea de ayuda para asuntos
de facturación**
Dignity Health
(888) 488-7667

**Línea de ayuda del Portal para
pacientes**
(844) 274-8497



Dignity Health®

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

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**