

Al completar este documento autoriza la entrega y/o uso de su información médica. No entregar toda la información solicitada puede dejar nula esta autorización.

USO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres utilizados: _____ Número de teléfono: _____

Nº de registro médico o de
cuenta: _____

(Uso exclusivo del hospital)

AUTORIZO A: _____

(Establecimiento u otro proveedor)

PARA ENTREGAR A: _____

*(Personas u organizaciones autorizadas para **recibir** la información)*

en la siguiente dirección: _____

(dirección, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información que se encuentra en los siguientes registros (marque la casilla y escriba sus iniciales en las líneas aplicables a continuación):

____ Registros de tratamiento de salud mental o discapacidad de desarrollo (excluye
"apuntes de psicoterapia")

____ Registros de tratamientos por abuso de sustancias

____ Resultados de exámenes de VIH (Esto sólo autoriza la entrega de los resultados de
exámenes de laboratorio).

**Tenga presente que sus registros pueden incluir información acerca de su estado de
VIH aún si no marca esta línea.)**

☐ **LOS SIGUIENTES REGISTROS**, tipos específicos de información médica o registros para las
fechas de tratamiento especificadas [marcar casillero(s) aplicables:

☐ Registros de
facturación

☐ Informes de
consultas

☐ Informe de alta

☐ Sala de urgencias

☐ Fecha(s) _____

☐ Otro: _____

☐ Historial clínico y
examen físico

☐ Pruebas de
laboratorio

☐ Informes de
procedimientos

☐ Notas de evolución

☐ Informes de
radiografías

☐ **TODOS LOS REGISTROS** con respecto a mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria.
Se exige una autorización por separado para el uso o entrega de apuntes de psicoterapia o información médica de investigación.

OBJETIVO: El propósito y las restricciones (si existen) del uso o entrega de información solicitado son:

- ⊖ A solicitud del paciente o representante personal; **U**
- ⊖ Otro: _____

VIGENCIA: Esta autorización quedará nula automáticamente un (1) año después de la fecha en que se firmó a menos que se especifique una fecha de término distinta: _____
(inserte fecha)

MIS DERECHOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi tratamiento, pago o mi derecho a recibir los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: St. Mary Medical Center 1050 Linden Avenue Long Beach CA 90813.
- Mi revocación tendrá efecto al momento de la recepción, salvo que otros hubieran actuado basados en esta autorización.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización

La información entregada de acuerdo con esta autorización podría ser entregada nuevamente por el receptor. Tales entregas de información en algunos casos no están protegidas por la ley del estado de California y puede que ya no estén protegidas por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización se refiere a la entrega de información relacionada con el abuso de sustancias, el reglamento 42 C.F.R. parte 2 puede prohibir que el receptor la entregue a otros.

FIRMA: _____
(Paciente o representante personal)

Fecha: _____

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

(Relación con el paciente)

Se ha verificado la identificación del paciente o de su representante personal.

Iniciales: _____ Depto: _____

