

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]:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Historial clínico y examen físico | <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas    | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio            | <input type="checkbox"/> Notas de evolución         |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta          |  | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías   |
| <input type="checkbox"/> Sala de urgencias        |  |   |
| <input type="checkbox"/> Fecha(s) _____           |  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____              |  |   |



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SMMC MR 1628 REVISED 2/04 PS

**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:* \_\_\_\_\_ *Dept:* \_\_\_\_\_

