

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

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de su información médica protegida. Si no proporciona *toda* la información que se le pide, esta autorización podría quedar sin validez.

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

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

Otros nombres que use: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Núm. de expediente médico o de cuenta: \_\_\_\_\_  
(solo para uso del Hospital)

AUTORIZO QUE: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la facilidad o otro proveedor)

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

en esta dirección: \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado y Código Postal)

la siguiente información, contenida en los registros que se especifican a continuación (marque las casillas y anote sus iniciales junto a los elementos correspondientes):

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

\_\_\_\_\_ Registros del tratamiento para el consumo de sustancias

\_\_\_\_\_ Resultados de la prueba de VIH (esto autoriza únicamente la divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio. **Tenga en cuenta que sus registros pueden contener información acerca del VIH incluso si no marca esta opción).**

**LOS SIGUIENTES REGISTROS**, tipos específicos de información o registros de la fecha o las fechas del tratamiento según se especifique (marque todas las casillas que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Reportes de la sala de emergencias           | <input type="checkbox"/> Reportes de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas    | <input type="checkbox"/> Anamnesis (historial médico) y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de evaluación        |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta          | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio                      | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X        |

Fechas(s): \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS REGISTROS** relacionados con mi tratamiento, hospitalización y atención como paciente ambulatorio. Se requiere una autorización por separado para el uso o divulgación de las notas de psicoterapia o información médica para fines de investigación.



ROI

**PROPÓSITO:** El propósito y las limitaciones (si las hubiese) del uso o la divulgación que solicita es:

A petición del paciente o de su representante personal; **O BIEN**

Otro: \_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá un (1) año después de su ejecución, o bien, en la fecha que se especifica a continuación: \_\_\_\_\_  
(anoté la fecha)

**MIS DERECHOS:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Este rechazo no afectará mi capacidad para recibir el tratamiento, obtener el pago o ser elegible para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo mediante una notificación por escrito enviada a esta dirección: **Dominican Hospital, Health Information Management, 1555 Soquel Dr., Santa Cruz, CA 95065**. Tal revocación entrará en efecto a partir del momento en que se reciba, pero no incluirá las acciones que otras personas o entidades hayan realizado con base en esta autorización antes de esa fecha.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

El recipiente de la información que se divulgue con base en esta autorización podría volver a divulgarla. En algunos casos, esa nueva divulgación ya no está protegida conforme a la ley de California y podría ya no estar sujeta a la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización fuera para divulgar información acerca del consumo de sustancias, el recipiente podría tener prohibido volver a divulgarla conforme al Código Federal de Regulaciones (CFR) Título 42, parte 2.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del representante personal      Relación con el paciente

Se verificó la identidad del paciente/de su representante. *Iniciales:* \_\_\_\_\_ *Depto.* \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre el **tratamiento para el consumo de sustancias** está protegida conforme a las reglas federales de confidencialidad (CFR, Título 42, parte 2), se debe proporcionar a los recipientes de la información las declaraciones siguientes con respecto a la prohibición de realizar nuevas divulgaciones:

**Las reglas federales prohíben que el recipiente de realizar nuevas divulgaciones de la información que se le entrega, excepto en los casos donde la persona a quien pertenece la información otorga su permiso de manera expresa en un consentimiento por escrito, o en cualesquier otros casos permitidos conforme al Código Federal de Regulaciones (CFR), Título 42, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información de carácter médico o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para la investigación o el procesamiento penal de los pacientes por motivo del consumo de alcohol o drogas.**