

Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida

Yo, _____, por la presente, autorizo a
[Nombre en letra de imprenta de la persona (es decir, paciente, residente o cliente)]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mercy General Hospital | <input type="checkbox"/> Mercy Hospital of Folsom |
| <input type="checkbox"/> Mercy San Juan Medical Center | <input type="checkbox"/> Methodist Hospital of Sacramento |
| <input type="checkbox"/> Woodland Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Sierra Nevada Hospital |

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

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización a recibir la información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

La siguiente información de salud individualmente identificable se puede usar o divulgar:

A continuación, se indican los documentos solicitados con más frecuencia. Esto no constituye su registro médico completo, el cual usted tiene derecho a solicitar. * Marque (✓) todo lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen (incluye ¹) | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (por ejemplo: radiografías) |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta/Diagnóstico final ¹ | <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Historial y registros físicos ¹ | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico (Preparadas por el Departamento de Radiología) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas ¹ | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos ¹ | <input type="checkbox"/> Notas del médico |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de diagnóstico ¹ | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Factura detallada |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Factura de demanda |
| <input type="checkbox"/> Registro de inmunización (vacunas) | <input type="checkbox"/> Otro*: _____ |



* R O I *

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Fechas del tratamiento a divulgar: De: _____ A: _____

Razón o propósito para el uso o la divulgación de la información:

Solicito que el formato de divulgación sea enviado por:

- Electrónico – Dirección del portal:
 Electrónico – Dirección de correo electrónico:

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

Si solicito un correo electrónico no seguro, entiendo que dicho correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi PHI y acepto el riesgo de enviar mi PHI a través de un método no seguro.

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

- Correo postal a la dirección:
 Otros (USB, CD, recojo, etc.) Describa:

Entiendo que esta autorización permite la divulgación de cualquier información contenida en los registros anteriores sobre el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, condiciones psiquiátricas/psicológicas, tratamiento psiquiátrico/de salud mental o condiciones relacionadas con el VIH que se incluirán a menos que indique lo contrario. NO QUIERO que se divulgue la siguiente información (según lo define la ley estatal y federal aplicable):

- Trastorno por consumo de alcohol/drogas/sustancias
 Solo resultados de la prueba del VIH
(aún se divulgarán las notas sobre el estado del VIH incluso si se han escrito las iniciales o se ha marcado)
 Salud mental/Discapacidades del desarrollo

Prohibición del condicionamiento de la autorización: Entiendo que tengo derecho a no firmar la autorización. El proveedor de atención médica no condicionaría el tratamiento a la firma de esta autorización, a menos que:

- Reciba un tratamiento relacionado con la investigación; o
- La única razón por la que el centro le proporciona atención médica es para realizar un informe a un tercero, como su empleador (p. ej., aptitud física para regresar al trabajo) o la escuela (p. ej., examen físico para asistir a educación física).

Nueva divulgación: Entiendo que es posible que la información que se usó o divulgó de acuerdo con la presente autorización ya no esté protegida por la ley federal de privacidad (también conocida como HIPAA) y es posible que el destinatario de mi información de salud potencialmente vuelva a divulgarla. Sin embargo, en virtud de los requisitos federales de confidencialidad sobre el abuso de sustancias, 42 CFR Parte 2, se le puede prohibir al destinatario que divulgue información identificable sobre el abuso de sustancias.



* R O I *

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Patient Identification

Caducidad: La fecha de vigencia de esta autorización es a partir de la fecha de la firma y caducará en la fecha o evento ingresado aquí: _____ La fecha o evento de caducidad no puede exceder de un año a menos que la persona que firma la autorización especifique lo contrario.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al centro por escrito enviando una carta al Centro/Clínica/Entidad especificado en esta divulgación o completando el formulario de Revocación de autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, esto no afectará ninguna acción que se haya tomado antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya ha realizado y puede usar mi información de salud según sea necesario para facturar y cobrar los servicios prestados.

Esta autorización es vinculante: Las declaraciones realizadas en esta autorización son vinculantes y determinantes, y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones realizadas en el Aviso de prácticas de privacidad del centro.

Entiendo que se puede cobrar una tarifa por las copias de mi registro médico.

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

Firma del paciente o tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Si usted es el representante personal del paciente:

Firma del representante personal: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Autoridad o relación con el paciente: _____

(Incluya copias de cualquier documento que establezca la representación personal, como documento de poder notarial, documentos de tutela, documentos de albacea de patrimonio o administrador de testamento.)

Dirección de devolución:

Health Information, Management
3400 Data Drive, Suite 1064
Rancho Cordova, CA 95670

Línea de ayuda de Dignity Health:

Facturación: 888.488.7667
Portal del paciente: 844.274.8497



* R O I *

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**