

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA TENER ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica sobre usted. Es posible que esta autorización quede anulada si no se incluye *toda* la información solicitada.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres utilizados: _____ Número de Teléfono: _____

N.º de historia clínica: _____

AUTORIZO A: St. John's Regional Medical Center Otro: _____

AUTORIZO A: St. John's Hospital Camarillo

PARA QUE REVELE A: _____

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

en la siguiente dirección: _____
(calle, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información incluida en los registros especificados a continuación (marque las casillas y coloque sus iniciales en las líneas que correspondan a continuación):

_____ Resultados de análisis de VIH (Esto sólo autoriza la divulgación de los resultados de análisis de laboratorio. **Tenga en cuenta que sus registros pueden incluir información sobre su situación de VIH incluso si no coloca las iniciales en esta línea.**)

LOS SIGUIENTES REGISTROS, tipos específicos de información médica o registros para la(s) fecha(s) de tratamiento según se especifica(n) [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

Análisis de laboratorio

Informes radiográficos

Resumen del alta

Consultas

Fechas De Servicio: _____

Otro: _____

Informes del servicio de urgencias

Antecedentes e informe físico

Informes del procedimiento

Medicamentos

Notas sobre la evolución

Diapositivas de patología

Registros de facturación

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

OBJETIVO: El objetivo y las limitaciones (si existieran) de la divulgación o el uso solicitados son:

- A solicitud del paciente o del representante personal
- Otro: _____

VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá automáticamente en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de ejecución a menos que se especifique una fecha de vencimiento distinta: _____
(insertar la fecha)

MIS DERECHOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi posibilidad de recibir tratamiento, pago o mi elegibilidad para obtener beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo **por escrito** y enviarlo a una de las siguientes direcciones:
 - St. John’s Regional Medical Center: 1600 N Rose Avenue, Oxnard, CA 93030, Attention: Health Information Dept., Fax: 805-981-4428 o,
 - St. John’s Hospital Camarillo: 2309 Antonio Ave, Camarillo, CA 93010, Attention: Health Information Dept., Fax: 805-389-6066

(Atención: Departamento de Información Médica) Mi revocación será válida a partir de su recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado de conformidad con esta autorización.

El receptor puede divulgar nuevamente la información revelada de acuerdo con esta autorización. En algunos casos, una nueva divulgación de esa índole no cuenta con la protección de la ley de California, y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA, por sus siglas en inglés]). Si esta autorización se extiende para la divulgación de información sobre el consumo de sustancias, se puede prohibir al receptor que divulgue dicha información de acuerdo con el Título 42, parte 2 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés).

FIRMA: _____ **Fecha:** _____
(Paciente o representante personal)

Nombre del representante personal (en letra de imprenta) Relación con el paciente

Se ha verificado la identificación del paciente o de su representante. *Iniciales:* _____

Departamento: _____