



## AUTORIZACIÓN DE USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

La firma de este documento también autoriza la revelación y/o el uso de información sobre su salud. Esta autorización podría quedar anulada si usted no suministra *toda* la información solicitada.

### USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD:

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

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos o Cuenta N°: \_\_\_\_\_  
(para uso exclusivo del hospital)

Licencia o numero de identificación, estado y/o país: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A: \_\_\_\_\_  
(hospital o clínica)

A REVELAR A: \_\_\_\_\_  
(personas u organizaciones autorizadas a *recibir* la información)

con domicilio en: \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado y código postal)

la siguiente información contenida en los archivos o documentos indicados a continuación (firme sus iniciales al lado de las opciones que correspondan):

\_\_\_\_\_ Antecedentes de tratamiento psiquiátrico o de discapacidad de desarrollo (no incluye las “notas de sicoterapia”).

\_\_\_\_\_ Antecedentes de tratamiento de dependencia de sustancias adictivas.

\_\_\_\_\_ Resultados de análisis de detección VIH (solamente la revelación de los análisis de laboratorio).

**Aclaración: sus antecedentes médicos podrían contener información sobre el VIH, aunque usted no haya firmado específicamente la opción de revelar resultados de análisis de detección del VIH.**



Authorization For Use or Disclosure of PHI (Spanish)

**LOS SIGUIENTES ARCHIVOS**, información específica sobre mi salud o datos de un tratamiento efectuado en la fecha (o fechas) indicada (marque los casilleros que correspondan):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Datos de facturación                    | <input type="checkbox"/> Informes de consultorio de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Informes de procedimientos realizados   |  |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas                   | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes generales     |
| <input type="checkbox"/> Notas de seguimiento                    | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio               |
| <input type="checkbox"/> Resumen de informes de alta de paciente |  |
| <input type="checkbox"/> Informes radiológicos                   | <input type="checkbox"/> Radiografías                          |

Fecha(s): \_\_\_\_\_

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

**TODOS LOS ANTECEDENTES** concernientes a mi tratamiento, hospitalización y atención posterior como paciente ambulatorio.

Para el uso o la revelación de notas de sicoterapia o información de investigación médica, es necesario firmar otra autorización.

**MOTIVO:** El motivo y las limitaciones del uso y la revelación de esta información es:

A pedido expreso del paciente o de su legítimo representante; o

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

**VENCIMIENTO:** La validez de esta autorización se vencerá automáticamente después de un (1) año a partir de la fecha en que fuera firmada, a menos que se especifique

expresamente otra fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
(escribir la fecha)

**MIS DERECHOS:**

- Tengo el derecho de no firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, no me será negado el solicitar un tratamiento, ni solicitar el reintegro de los costos ni solicitar los beneficios de un plan de cobertura.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero lo debo hacer por escrito y enviar la notificación a **St. Elizabeth Community Hospital, Health Information Department, 2550 Sister Mary Columba Drive, Red Bluff, CA 96080.** La revocación entrará en vigencia cuando la notificación sea recibida, a excepción de las acciones que se hayan tomado con anterioridad sobre la base de la presente autorización.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.



Patient Identification / Label

**Authorization For Use or Disclosure of PHI (Spanish)**

Quien reciba la información suministrada sobre la base de esta autorización podrá a su vez revelarla, pero en tal caso no siempre continuará protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA) ni del Estado de California. Si esta autorización fuera para revelar información sobre dependencia de sustancias adictivas, quien la reciba tendría prohibido revelarla bajo las provisiones de la ley 42 C.F.R., Parte 2.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (en mayúsculas) Relación con el paciente

La identificación del paciente o de su representante fue verificada.

*Iniciales:* \_\_\_\_\_ *Departamento:* \_\_\_\_\_

Nota: Si la información sobre el **tratamiento de la dependencia de sustancias adictivas** estuviera protegida por la ley federal de confidencialidad 42 C.F.R., Parte 2, el receptor de la información recibirá la siguiente prohibición: **Las leyes federales prohíben que el receptor de la información la revele a terceros a menos que así sea permitido por una autorización expresa por escrito firmada por la persona a quien pertenece la información o bajo las circunstancias permitidas por las estipulaciones de la Parte 2 de la Ley 42 C.F.R.**

**Un simple autorización general para la revelación de información médica NO es suficiente para este propósito. La ley federal prohíbe el uso de la información revelada para investigar o acusar a un paciente alcohólico o drogadicto.**



**Authorization For Use or Disclosure of PHI (Spanish)**