

Health Information Management
823 Gateway Center Way
San Diego, CA 92102
Phone: (619) 515-2368 Fax: 619-269-0132



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Alias: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ MR #: _____

Indique cómo divulgar la información médica

- Fax Papel
 CD Correo electrónico

ENVIAR A OBTENER DE COMUNICACIÓN VERBAL

Nombre de la persona o establecimiento autorizado: _____

Dirección o correo electrónico de la persona o establecimiento: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Autorizo la divulgación de los siguientes registros (ponga sus iniciales en todo lo que corresponda):

- Inf. médica HIV e inf. relacionada Salud mental Drogas y alcohol

Para fechas de servicio:

del: _____ al: _____

Propósito de la solicitud o divulgación: (marque todo lo que corresponda):

- Atención médica Uno mismo Legal Formulario de proveedor Otro: _____
(Por favor especifique)

Descripción de la información a divulgar:

- Vacunas Notas de evolución Resultados de lab. y reportes Recién nacido
 Reportes de imágenes/EKG Resumen de alta/notas de urgencias Imagenología
 Procedimientos/Consultas Otro: _____

A menos que se revoque, esta autorización vencerá seis meses después de la fecha de firma.

Al firmar este comunicado, autorizo la divulgación de mis registros médicos, algunos de los cuales pueden mencionar temas delicados discutidos durante la visita médica, como el uso de alcohol, el uso de drogas, enfermedades relacionadas con el VIH / SIDA y / o enfermedades de salud mental. Este es por separado y aparte de una divulgación especial de registros de tratamientos especializados en las áreas de VIH y afecciones relacionadas, salud mental, y uso de drogas / alcohol. Para divulgar estos registros sobre tratamientos especializados en las áreas de VIH y afecciones relacionadas, salud mental, y / o uso de drogas / alcohol, debo haber marcado las casillas específicas arriba especificando dichos registros. Tengo derecho a revocar esta autorización enviando un aviso firmado deteniendo esta autorización al departamento de administración de información médica en mi hogar médico de atención primaria. La autorización detendrá la divulgación de información en la fecha en que se reciba mi solicitud de revocación válida en el departamento de administración de información médica. Estoy firmando esta autorización voluntariamente; entiendo que mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Bajo la ley de California, el destinatario de la información de salud sobre el VIH o las drogas y el alcohol bajo la autorización tiene prohibido volver a divulgar la información, excepto con una autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. Si la organización o persona a la que he autorizado recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____

(Paciente / representante legal)

Fecha

Hora

Si quien firma es otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____