



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

MRN: _____	INDIQUE SI APLICA:
Nombre del paciente: _____	☐ Solicitud urgente
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____	☐ Procesada/completada en la clínica

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Autorizo a Family Health Centers of San Diego (FHCSD) a:

(INDIQUE UNO)

☐ Divulgar registros a

☐ Solicitar registros a

Nombre de la persona/establecimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Fechas de tratamiento solicitadas del: _____ al: _____

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A DIVULGAR

(INDIQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

☐ Todos los historiales médicos (vacunas, notas de evolución, consultas/procedimientos, notas operatorias, resultados de laboratorio y radiología)

☐ Solo reportes de imágenes

☐ Solo resultados de laboratorio

☐ Otros registros (por favor, especifique): _____

INFORMACIÓN SENSIBLE

Autorizo específicamente la divulgación de:

☐ Registros de tratamiento de salud mental

☐ Tratamiento del VIH e información relacionada

☐ Registros de tratamiento de drogas y/o alcohol

Cumple con los requisitos de la 42 C.F.R. Part 2

MÉTODO DE ENTREGA SOLO PARA DIVULGACIÓN AL PACIENTE

(ELIGE UNO)

☐ Portal del paciente

☐ Correo electrónico seguro

☐ Correo postal

☐ Otro: _____

PROPÓSITO DE LA SOLICITUD O DIVULGACIÓN

El destinatario identificado anteriormente está autorizado a divulgar mi información personal de salud (PHI) para el propósito de:

(INDIQUE UNO) ☐ Personal ☐ Legal ☐ Continuación de atención médica (COC) ☐ Transición de cuidados médicos (TOC)

AUTORIZACIÓN

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido las páginas 1 y 2 de esta autorización.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**Firma de paciente adolescente si solicita registros especiales Autorización:*

Fecha: _____

Indique la relación si no es el paciente:

☐ Padre/tutor legal

☐ DPOA

☐ Otro: _____

USO SOLO DEL PERSONAL

TESTIGO:

NÚMERO DE GAFETE/NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO:

FECHA:

Por favor, lea cuidadosamente el reverso de este formulario antes de completarlo.

Todas las secciones de esta autorización deben completarse antes de que FHCSD pueda proporcionar o divulgar su información de salud protegida.



Explicación

Este formulario autoriza a los Family Health Centers of San Diego (FHCS) a divulgar la información de una persona según lo especificado. A menos que se solicite específicamente, esto no incluye registros explícitamente relacionados con el VIH/SIDA, salud mental o el tratamiento del consumo de sustancias. Sin embargo, las notas médicas generales pueden referirse a estas condiciones si son relevantes para el cuidado del individuo. La información divulgada puede utilizarse para la coordinación de cuidados/tratamientos, seguro/pagos, asuntos legales o asuntos personales. Una vez divulgada, los destinatarios de la información pueden no estar legalmente obligados a protegerla según las leyes de privacidad.

Autorización para la divulgación de registros médicos

Al firmar esta autorización, el paciente autoriza la divulgación de los expedientes médicos, que pueden incluir información sensible discutida durante las visitas médicas, como el consumo de alcohol, drogas, enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y/o condiciones de salud mental.

Registros de tratamiento especialista

Esta autorización no incluye automáticamente la divulgación de registros relacionados con tratamientos especializados para condiciones relacionadas con el VIH/SIDA, salud mental o registros de la 42 C.F.R. Part 2 para consumo de drogas/alcohol. Para liberar dichos registros, deben estar marcadas las casillas correspondientes en la página 1 de este formulario. Entiendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 C.F.R. Part 2 y la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. pts. 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito excepto que disponga lo contrario en las regulaciones.

Derechos de los menores

Según la ley de California, los pacientes de 12 a 17 años tienen derecho a dar consentimiento para ciertos tratamientos o servicios. En esos casos, el paciente debe firmar este formulario para autorizar la divulgación de los registros solicitados.

Derecho a revocar autorización

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en ella. Para revocar la autorización, debe presentarse un aviso escrito y firmado al departamento de administración de información médica o en cualquier ubicación del FHCS.

Autorización voluntaria

Firmar esta autorización es voluntario. Elegir firmar o no, no afectará la capacidad de recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

Restricciones para volver a divulgar la información

Según la ley de California, cualquier destinatario de información sobre VIH/SIDA, salud mental o consumo de drogas/alcohol tiene prohibido volver a divulgar esta información sin consentimiento por escrito, excepto que la ley lo requiera o permita específicamente. 42 CFR Parte 2 prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros.

Protecciones federales de privacidad

Si el destinatario de la información no es un plan de salud o proveedor de salud, la información divulgada puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Derecho a copiar

Se puede solicitar una copia de este formulario de autorización.

Caducidad

Esta autorización expirará seis (6) meses desde la fecha en que se firma. Una fotocopia o copia electrónica es tan válida como el original.

Firmas electrónicas

Las firmas electrónicas en este formulario están reguladas por la federal E-SIGN Act of 2000 y California Government Code Section 16.5. Una firma electrónica es equivalente a una firma manuscrita. La firma proporcionada incluye la fecha y hora de la firma, y la identidad del firmante ha sido autenticada. De acuerdo con la federal E-SIGN Act, ningún contrato, firma o registro podrá ser negado de validez legal únicamente por estar en formato electrónico.

Instrucciones de devolución

Los formularios completados deben enviarse a FHCS por correo o fax utilizando la información de contacto a continuación:

Domicilio:

823 Gateway Center Way
San Diego CA 92102

Fax: (619) 269-0132

Teléfono: (619) 515-2368



FAMILY HEALTH CENTERS
OF SAN DIEGO