

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN O USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

La presentación completa de este documento autoriza la divulgación y uso de su información de salud. El incumplimiento de proporcionar toda la información solicitada invalida esta autorización.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de Teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Divulgación y uso de información de salud

Por la presente autorizo a:

- Salinas Valley Health
- Taylor Farms Family Health & Wellness Center
- Otros: _____

A divulgar mi información de salud a:

Nombre de la persona/Organizaciones autorizadas a recibir la información

Correo Electronico o Dirección, calle, ciudad, estado, código postal

Información a ser divulgada:

A. Seleccione los tipos de información medica de la lista a continuación (Incluir todas las fechas):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos completos | <input type="checkbox"/> Notas de avance |
| <input type="checkbox"/> Historial y examen físico | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Fotografías, cintas de vídeo |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiografías | <input type="checkbox"/> Imágenes digitales |
| <input type="checkbox"/> Resumen de altas | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |

B. Toda la información de salud que pertenece a mi historial médico, afección y tratamiento mental o físico recibido

C. Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información (marque lo que corresponda):

- Resultados de pruebas de VIH _____(inicial)
- Información de tratamiento de droga, alcohol y salud mental _____(inicial)



450 East Romie Lane, Salinas, CA 93901
831-757-4333 | Toll-free 888-755-7864



HIMROI

**AUTHORIZATION FOR
DISCLOSURE OR USE OF
MEDICAL INFORMATION**

PLACE PATIENT LABEL HERE

Med. Rec.: #

Acct. #:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN O USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

OBJETIVO

Objetivo de divulgación o uso solicitado: Solicitud de paciente

Otros: _____

Restricciones, si existen: _____

Fecha de vencimiento

Esta autorización vence un año desde la fecha de firma. Si selecciona una fecha diferente, especifíquela: _____

Mis derechos

- Puedo rechazar firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud que me solicitan para permitir la divulgación o uso.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección: Departamento HIM, 450 East Romie Lane, Salinas, CA 93901
Mi revocación solo estará vigente a la recepción, excepto que otros ya hayan actuado sobre esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada conforme esta autorización no será divulgada nuevamente por el beneficiario. Dicha redivulgación está en algunos casos prohibida por la ley de California y no estará más protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). No obstante, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud pueda divulgarla, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea solicitada específicamente por ley.

Paciente que recibe una copia de esta autorización: Copia recibida Copia rechazada

Firma: _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm
(paciente/representante legal)

Si está firmado por otra persona, diferente al paciente, indicar relación: _____

Nombre impreso: _____
(Representante legal)