

Sección A: Debe ser completado para todas las autorizaciones:

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica que me identifica individualmente tal como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica; es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Personas/organizaciones proporcionando la información: _____
Personas/organizaciones recibiendo la información: _____

Descripción específica de la información (incluyendo fecha(s)): _____

Sección B: Sólo debe ser completado si un plan de salud o un proveedor de atención médica ha solicitado la autorización:

1. El plan de salud o proveedor de atención médica debe completar lo siguiente:
 - a. ¿Cuál es el propósito del uso o divulgación? _____
 - b. ¿El plan de salud o el proveedor de atención médica que solicita la autorización recibirán una compensación económica o en especie a cambio de utilizar o divulgar la información médica descrita anteriormente? Si No
2. El paciente o su representante deben leer y firmar con sus iniciales las siguientes declaraciones:
 - a. Entiendo que mi asistencia médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. Iniciales: _____
 - b. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y que obtendré una copia de este formulario después de firmarlo. Iniciales: _____

Sección C: Debe ser completado para todas las autorizaciones:

El paciente o su representante deben leer y firmar con sus iniciales las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que esta autorización expirará en ___/___/___ (MM/DD/AAAA) Iniciales: _____
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a la organización proveedora. Esto detendrá la divulgación de mi información de salud protegida o PHI, por sus siglas en inglés, en la fecha en que se reciba mi solicitud válida de revocación. Iniciales: _____
3. Se podrán cobrar tarifas razonables para cubrir el costo de las copias relacionadas con la divulgación de esta información de salud protegida o PHI, por sus siglas en inglés. [Código de Salud y Seguridad (Health & Safety Code) de California Sección 123110]
4. Instrucciones de entrega: Memoria USB encriptada *Recoger solo en la Oficina Corporativa
 Copia en papel O Recoger en la clínica O Envió a domicilio O Otro: _____

Firma del paciente o de su representante
(El formulario debe estar completo antes de firmar.)

Fecha

Nombre en letra del representante del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

PUEDA NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

No puede utilizar este formulario para divulgar información para un tratamiento o pago, excepto cuando la información a divulgar sea notas de psicoterapia o cierta información de investigación.