



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

Nota: Es posible que deba pagar por ciertas solicitudes

Martin Luther King, Jr. Community Hospital y consultorios medicos no condicionara el tratamiento, el pago, la inscripcion ni la elegibilidad para recibir beneficios si se niega a dar o no da esta autorizacion.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ MRN: _____ FIN: _____
Fecha de nacimiento: _____ Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____
Telefono: _____Correo Electronico: _____

PROPOSITO

Este documento autoriza a Martin Luther King, Jr. Community Hospital y consultorios medicos a divulgar informacion segun se especifica abajo para los siguientes fines: _____

INFORMACION DEL DESTINATARIO

Martin Luther King, Jr. Community Hospital y consultorios medicos puede divulgar esta informacion a: _____

Nombre del destinatario: _____
Telefono: _____ Correo Electronico: _____ Numero de fax: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

COPIAS DE EXPEDIENTES O INFORMACION DE HISTORIAS CLINICAS

Dentro de las siguientes fechas: _____ a _____

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Interconsulta(s) | <input type="checkbox"/> Reporte del laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> Historia clinica y examen físico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Reporte operativo | <input type="checkbox"/> ADD | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X/CD |

MEDIO	<input type="checkbox"/> Electronico	<input type="checkbox"/> Impreso	PRFERENCIA DE ENVIO	<input type="checkbox"/> Correo electrónico / portal seguro	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Recog en persona
--------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

NOTA: Como parte de esta autorización, es posible que los expedientes del hospital y de consultorios médicos incluyan la divulgación de información sobre la salud mental, el consumo de alcohol o drogas y referencias del VIH que este incluida en esos expedientes. Los expedientes de tratamientos de los departamentos de salud mental y de consumo de alcohol o drogas y los resultados de las pruebas de anticuerpos del VIH quedan explícitamente protegidos y no se darán a conocer, a menos que usted firme abajo.

Expedientes del departamento de Salud Mental

→ Firma: _____

Expedientes de tratamientos contra la dependencia al alcohol y las drogas → Firma: _____

Resultados de pruebas de anticuerpos de VIH

→ Firma: _____

El paciente o representante personal → Firma: _____ Autorizar específicamente la divulgación de información de salud relacionada con los servicios de salud reproductiva, incluidos, entre otros, el aborto y los servicios relacionados con el aborto, la salud sexual, la salud reproductiva, la anticoncepción, la atención de afirmación de género, el ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo, el resultado del embarazo y los planes para concebir, y tipo de actividad sexual con cualquier individuo o entidad en otro estado.

DURACION

Esta autorización tendrá validez por un año desde la fecha en que se firma, salvo que se especifique aquí una fecha diferente _____ (fecha).

REVOCACION

Usted o su representante pueden revocar esta autorización con una solicitud por escrito. Si usted anula su autorización, eso no afecta la información dada a conocer antes de recibir la solicitud por escrito.

DIVULGACION POSTEROR

Una vez que la información médica se divulga, es posible que la manera en que el destinatario la divulgue ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad (HIPAA). Los destinatarios de California deben obtener la autorización de usted antes de divulgar esta información.

Si solicita un formulario para completar, es posible que sustituyamos una versión estandarizada del formulario que proporcione la misma información solicitada o información similar. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha:

Firma:

Si no es el paciente, escriba su nombre y relación en letra de imprenta: