

AUTORIZACION PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

La omisión de proveer toda la información requerida podría invalidar esta autorización.

EXPLICACION

Se le solicita a usted esta autorización para el uso o divulgación de información medica para cumplir con las condiciones de la Ley sobre Confidencialidad de Información Medica (Confidentiality of Medical Information Act de 1981, Sección 56 del Código Civil de California).

AUTORIZACION

Por medio de la presente autorizo a: PACIFIC ALLIANCE MEDICAL CENTER

Para que entregue a (nombre del solicitante): _____

Dirección: _____

Cuidad / Estado / Zona Postal: _____

Numero de teléfono: _____

Los registros médicos y la información referente al historial médico, la condición mental o fisica, los servicios prestados, o el tratamiento de (nombre de paciente):

Nombre del paciente: _____

| | | |
|----------|--------|----------------|
| Apellido | Nombre | Segundo Nombre |
|----------|--------|----------------|

Nombre de soltera u otro nombre usado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

Esta autorización se limita a los registros médicos y al tipo de información indicados a continuación:

USOS

El solicitante puede usar los registros médicos y el tipo de información autorizados unicamente para los siguientes propositos:

DURACION

Esta autorización entrara en vigor inmediatamente y seguira vigente hasta (fecha): _____



RESTRICCIONES

Entiendo que el solicitante no puede usar ni divulgar la información médica más allá de las condiciones ya mencionadas, a menos que obtenga otra autorización de mi parte o que el uso de esa divulgación este específicamente requerida o permitida por la Ley.

COPIA ADICIONAL

Además, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, si la solicito. La copia fue solicitada y recibida: SI NO Iniciales _____

SUS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sin embargo, no puedo revocarla cuando otros hayan dependido de esta autorización.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____
(Paciente/Representante/Cónyuge/Persona con Responsabilidad Financiera)

En caso de firmarse por una persona que no sea el paciente, Indique la relación: _____

Testigo: _____

ID verificado SI NO Iniciales _____

(Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, se puede volver a divulgar y es posible que ya no esté protegida. La ley de California prohíbe que los destinatarios de su información médica vuelvan a divulgar dicha información, excepto con su autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la Ley.)

