

## Autorización para divulgación de registros de salud

<b>Nombre del paciente:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____	
<b>Otros nombres que usa:</b> _____		
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
N.º de teléfono: _____		Correo electrónico (opcional): _____

**Por este medio autorizo a:** (marque uno)

**Shasta Community Health Center** (SCHC) 1035 Placer St., Redding, CA 96001, número de teléfono: (530) 246-5710, número de fax: (530) 245-0705

**Otros:** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o entidad que **lanzamiento** la información de salud

\_\_\_\_\_  
Dirección física, ciudad, estado, código postal                      Número de teléfono                      Número de fax

**Para divulgar la información de salud a (destinatario\*):** (marque uno)

**Shasta Community Health Center** (SCHC) 1035 Placer St., Redding, CA 96001, número de teléfono: (530) 246-5710, número de fax: (530) 245-0705

**Paciente o representante legal**

**Otros:** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o entidad que **recibirá** la información de salud

\_\_\_\_\_  
Dirección física, ciudad, estado, código postal                      Número de teléfono                      Número de fax

\*Los destinatarios pueden incluir a las personas, entidades que tienen una relación de proveedor tratante a paciente, terceros pagadores u otras entidades que no tienen relación de proveedor tratante a paciente. Si una entidad destinataria no tiene relación de proveedor tratante a paciente y no es un tercero pagador, indique el nombre de la entidad destinataria y (1) los nombres de los participantes individuales, (2) los nombres de los participantes de una entidad que tenga una relación de proveedor tratante con el paciente o (3) una designación general\*\* de una persona individual o participantes de la entidad o clase de participantes que deben limitarse a un participante que tiene una relación de proveedor tratante con el paciente cuya información se divulga.

\*\*Cuando se usa una designación general de este tipo y se divulga información cubierta por información sobre el trastorno por uso de sustancias cubierta por regulaciones federales en 42 CFR Parte 2 ("Parte 2"), el paciente (u otra persona autorizada para firmar en lugar del paciente) entiende que a solicitud y de conformidad con la Parte 2, se debe proporcionar una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información de conformidad con dicha designación general.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DESCRIBA el PROPÓSITO** de la divulgación de la manera más específica posible:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rango de fechas de la información a divulgar:** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**¿Qué información desea que se comparta?**

<input type="checkbox"/> Registros de inmunización (vacunas)	<input type="checkbox"/> Colonoscopia / patología
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos actuales	<input type="checkbox"/> Lista de problemas actuales
<input type="checkbox"/> Notas de visitas al consultorio / examen de bienestar de infantil	<input type="checkbox"/> Informes del hospital
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de rayos X o imágenes de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Examen de salud de la mujer / prueba de Papanicolaou	<input type="checkbox"/> Examen de la vista para diabéticos
<input type="checkbox"/> Informes de consulta con especialistas	<input type="checkbox"/> Otra: _____

**Apruebo la divulgación de la siguiente información protegida o confidencial: (inicial)**

\_\_\_\_\_ Salud mental      \_\_\_\_\_ Notas de psicoterapia      \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH

\_\_\_\_\_ Substance Registros relacionados con el trastorno de abuso de sustancias (cubiertos por 42 CFR Parte 2 ("Parte 2") ("Confidencialidad de los registros del paciente con trastorno de abuso de sustancias")) **Responda lo siguiente:**

**DESCRIBA QUÉ CANTIDAD y QUÉ TIPO** de información se puede divulgar e incluya una descripción explícita de la información del trastorno de abuso de sustancias que se puede divulgar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➔ **Aviso:** Es posible que se cobren tarifas por las copias de su expediente. \_\_\_\_\_ **(iniciales)**

➔ Entiendo que la organización A LA CUAL estoy solicitando solo puede aceptar esta autorización de divulgación por correo electrónico y que no existe una forma garantizada de la comunicación segura. \_\_\_\_\_ **(iniciales)** (Kaiser/Otros)

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sus derechos:** Esta autorización de divulgación de información de salud se otorgó voluntariamente. Entiendo que puedo negarme a firmar la autorización y que no es necesario que la firme para recibir tratamiento en SCHC. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada con base en mi autorización, siempre que proporcione la revocación por escrito al Departamento de Servicios de Información de Salud (Health Information Services, HIS) de SCHC. SCHC no puede establecer la firma de este formulario como condición para proporcionarme tratamiento. Una fotocopia o un fax de esta autorización tienen tanta validez como el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Sé que puedo ver y obtener copias de la información que se comparta. Este derecho está establecido en 45 CFR 164.524. Sé que si doy mi aprobación, la información compartida con SCHC se puede volver a compartir con otro centro médico. Es posible que no cuente con la protección de las reglas federales de confidencialidad.

Firmo voluntariamente esta autorización y mi tratamiento no se verá afectado si no la firmo. (45 CFR 164.508 c2ii)

Entiendo que mis registros del trastorno por abuso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996, 45 CFR Partes 160 y 164 y no se pueden registrar sin mi consentimiento escrito, a menos que las regulaciones establezcan algo diferente.

A menos que sea requerido por la ley, las leyes de California prohíben que el destinatario realice otra divulgación de su información, a menos que obtenga otra autorización suya. Si usted autorizó la divulgación de su información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantener la confidencialidad, es posible que ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

Sé que si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud puedo llamar al Departamento de Expedientes Médicos de SCHC al (530) 246-5758.

**Vencimiento de la autorización:** A menos que se revoque de otra manera, esta autorización tiene vigencia hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Si no se indica ninguna fecha, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.



**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Representante legal** (Indique la relación con el paciente o por qué está autorizado a firmar): \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Testigo** (si es necesario): \_\_\_\_\_

**Exclusivamente para uso de la oficina (Office Use Only): (initial/date)**

ROI Faxed/Sent: \_\_\_\_\_ PHI log: \_\_\_\_\_ Released by: \_\_\_\_\_

Preferred Delivery: (circle) Paper / CD / Mail / Pick Up / Fax / Electronic