

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 Memorial Hospital
☐ Taylor Farms Family
☐ 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. ☐ Toda la información de salud que pertenece a mi historial médico, afección y tratamiento mental o físico recibido; O
☐ Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluir todas las fechas):

- | | |
|--|---|
| ☐ Registros médicos completos | ☐ Notas de avance |
| ☐ Historial y examen físico | ☐ Análisis de laboratorio |
| ☐ Informes de consultas | ☐ Fotografías, cintas de vídeo |
| ☐ Informes de radiografías | ☐ Imágenes digitales u otras |
| ☐ Resumen de altas | ☐ Otros (especificar): _____ |

B. 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 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)