

AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento usted autoriza la revelación o el uso de información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

NOTA: Si usted es un paciente/representante de un paciente que solicita archivos médicos para uso personal, podría haber un cargo por proporcionarle dichos archivos médicos.

EXPLICACIÓN

Se le solicita esta autorización en cumplimiento de las disposiciones de la ley de confidencialidad de la información médica de 1981, sección 56 y subsiguientes del Código Civil, y la ley de transferibilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) de 2003.

Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Nº de seguro social:	
Dirección:		
Números de teléfono:		
Casa:	Celular:	Trabajo:

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Por medio de la presente autorizo St. Joseph Hospital St. Jude Medical Center
 Mission Hospital Mission Hospital Laguna Beach CHOC Children's at Mission Hospital

a revelar mi archivo médico a:

Nombre/Establecimiento:	Atención:		
Dirección:	Teléfono:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	FAX:

- Envíe una copia por correo: dirección indicada arriba
 Envíe una copia por correo electrónico a: _____ @ _____
 Llame cuando esté listo para recogerse: # _____ Enviar por Fax al # indicado arriba

INFORMACIÓN QUE SE VA A REVELAR (Marque una sola casilla en esta sección)

- Especifique la fecha o períodos correspondientes a la información arriba indicada: _____
 Información pertinente: **(Esto es lo que la mayoría de pacientes y médicos necesitan)** Resumen del alta, historia clínica y examen médico, consultas, informes de operaciones, pruebas de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de patología.
 Toda la información médica (se cobrará una tarifa)
 Solo los siguientes registros o tipos de información médica:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA POR ESTATUTO

Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (marque y anote sus iniciales donde corresponda):

Información sobre tratamiento de salud mental	Anote sus iniciales y la fecha:
Resultados de pruebas de VIH	Anote sus iniciales y la fecha:
Información sobre tratamiento de alcohol/drogas	Anote sus iniciales y la fecha:

Se requiere una autorización separada para autorizar la revelación o uso de notas de psicoterapia.



PROPÓSITO

Propósito del uso o revelación solicitada: Solicitud del paciente Continuidad de la atención Legal Seguro
 Otro: _____

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (Fecha): _____

Si no se ha indicado una fecha, esta autorización vencerá 6 meses después de la fecha en que fue firmada.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo de saber que, conforme a ley, la información sobre mi salud no puede ser revelada. Mi rechazo no afectará el que pueda obtener tratamiento o el pago o elegibilidad referente a beneficios.

Puedo inspeccionar o obtener una copia de la información de salud sobre la que se me solicita que permita el uso o la revelación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección:

St. Joseph Hospital
Health Information Management-Correspondence
1100 West Stewart Drive
Orange, CA 92868

Mi revocación entrará en efecto cuando se reciba, excepto en la medida en que otros hayan actuado en base de esta autorización

Tengo derecho de recibir copia de esta autorización.

La información revelada en base de esta autorización puede ser revelada nuevamente por el receptor. Dicha nueva revelación en algunos casos no está protegida por la ley de California, y podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

FIRMA

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____
(Representante del paciente)

Si firma una persona que no es el paciente, indique su relación legal con el paciente y por qué tiene autoridad para actuar por el paciente: _____

Para revelar archivos de salud mental deberemos obtener la autorización del médico que atendió al paciente en el St. Joseph Hospital y deberán ser tratados confidencialmente conforme a regulaciones estatales (Código Asistencial e Institucional 5328).

HOSPITAL USE ONLY

PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

APPROVED By Physician Name: _____ Date: _____ HIM Staff initials: _____

DENIED - REASON FOR DENIAL: _____

MD Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Request completed by: _____ Date: _____