

Instrucciones del Formulario de Autorización

PACIENTES, FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN CON FOTO EMITIDA POR EL GOBIERNO, ASÍ COMO EL MEJOR NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO CON SU FORMULARIO COMPLETADO

Por favor llene completamente TODAS las áreas para incluir lo siguiente:

- **Información del Paciente:** Nombre del Paciente, Fecha de Nacimiento del Paciente y Número Telefónico. Su Número de Registro Médico será proporcionado por nuestra instalación.
- **Usted Autoriza:** Identifique de que instalación se están solicitando sus registros. Por ejemplo, si desea recibir sus registros del Hospital Highland, marque la casilla del Hospital Highland en esta sección.
- **Para Revelar a:** Identifique quién recibirá los registros. Incluya el nombre del destinatario, un número de fax comercial o una dirección para enviar los registros a dicho lugar.
Por favor incluya un número de teléfono del destinatario para que el personal de Alameda Health System (AHS) pueda comunicarse con ellos, si es necesario.
- **Fechas de servicio y registros necesarios:** Incluya una fecha específica o un rango de fechas para los registros que está solicitando. Identifique que registros está solicitando al marcar las casillas correspondientes (marque todas las que correspondan).
- **Propósito:** Indique el motivo por el cual está solicitando sus registros.
- **Fecha de Vencimiento:** Esta sección es opcional. Si se deja en blanco, su autorización será válida por un (1) año. Para un vencimiento antes de un año, por favor indique una fecha específica para que caduque la autorización.
- **Firma:** Firme y feche el formulario de solicitud. Si está firmado por alguien que no sea el paciente, por favor adjunte copias de los documentos oficiales legales que le permiten a la persona a firmar por el paciente (i.e. Poder Legal, Instrucciones Previas).

PATIENT
 ACCOUNT NO:

 MEDICAL
 RECORD NO:

 PATIENT
 NAME:

 DATE OF
 BIRTH:

UNIT:

DATE:


**AUTORIZACIÓN PARA
 UTILIZAR O DIVULGAR
 INFORMACIÓN MÉDICA**

La finalización del presente documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información médica. Si no se cumple con brindar *toda* la información requerida, esta Autorización puede quedar anulada.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____ M: _____

 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Número de teléfono: _____
Mes Día Año

Número de expediente médico: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

****Sírvese marcar el casillero al lado de instalaciones autorizadas para la divulgación de su información****

AUTORIZA A:

<input type="checkbox"/> Alameda Hospital & South Shore Rehab: 2070 Clinton Ave., Alameda, CA 94501	Tel: (510) 814-4037 Fax: (510) 814-4352
<input type="checkbox"/> Eastmont Wellness: 6955 Foothill Blvd., Oakland, CA 94605	Tel: (510) 567-5700 Fax: (510) 567-5822
<input type="checkbox"/> Hayward Wellness: 664 Southland Mall Drive, Hayward, CA 94545	Tel: (510) 266-1722 Fax: (510) 266-1761
<input type="checkbox"/> Highland, Fairmont or John George Hospital: 1411 E. 31 st St. Oakland, CA 94602	Tel: (510) 437-4469 Fax: (510) 437-5052
<input type="checkbox"/> Marina Wellness and Surgical Associates: 815 Atlantic Ave, Suite 100, Alameda, CA 94501	Tel: (510) 535-7363 Fax: (510) 864-1483
<input type="checkbox"/> Marina Wellness Primary Care: 947 Marina Village Parkway, Alameda, CA 94501	Tel: (510) 422-3400 Fax: (510) 749-0972
<input type="checkbox"/> Newark Wellness: 6066 Civic Terrace Ave., Newark, CA 94560	Tel: (510) 505-1600 Fax: (510) 494-7240
<input type="checkbox"/> San Leandro Hospital: 13855 E. 14 th St., San Leandro CA 94578	Tel: (510) 667-4575 Fax: (510) 895-1971

PARA DIVULGAR A: _____
 (Personas/organizaciones autorizadas para recibir la información)

En la siguiente dirección: _____ (Calle) _____ (Ciudad, estado y código postal)

Teléfono: _____ Fax: _____

PATIENT
 ACCOUNT NO:

 MEDICAL
 RECORD NO:

 PATIENT
 NAME:

 DATE OF
 BIRTH:

UNIT:

DATE:



CR0050

**AUTORIZACIÓN PARA
 UTILIZAR O DIVULGAR
 INFORMACIÓN MÉDICA**
USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA *continuación*

 Yo autorizo la divulgación de la información descrita a continuación: *(marque todos los casilleros que correspondan)* Fechas de servicio: _____

<input type="checkbox"/> Información relevante (informes médicos, de laboratorio y de radiología dictados)	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen médico	<input type="checkbox"/> Todo el expediente médico	<input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución
<input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de consultas	<input type="checkbox"/> Informe quirúrgico
<input type="checkbox"/> Historial de sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Filmaciones de radiografías/ informes/imágenes digitales	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Marque los casilleros que se encuentran a continuación si desea que esta divulgación incluya la siguiente información; de lo contrario, esta información será excluida.

-
- Registros de tratamiento de salud mental
-
- Resultados de la prueba de VIH
-
-
- Registros de tratamiento con medicamentos para la adicción

PROPÓSITO

 Propósito del uso y la divulgación requeridos: Solicitud de paciente; **U** Otro:

VENCIMIENTO

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta que (ingrese una fecha específica): _____

Si no se da fecha, la autorización vence un año desde la fecha de la firma.

FIRMA

 Firma: _____
(Paciente/representante/cónyuge/parte responsable en términos financieros)

 Fecha: _____ Hora: _____ a. m. p. m.

Si la firma es de cualquier otra persona que no sea el paciente, escriba el nombre en letra imprenta e indique la relación legal con el paciente:

Nombre en imprenta/relación: _____ / _____

PATIENT
ACCOUNT NO:

MEDICAL
RECORD NO:

PATIENT
NAME:

DATE OF
BIRTH:

UNIT:

DATE:



CR0050

**AUTORIZACIÓN PARA
UTILIZAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA**

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta Autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener el tratamiento o realizar el pago, así como mi elegibilidad para recibir los beneficios.

Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica que se me solicita para permitir el uso o la divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe tener mi firma o estar firmada en mi nombre y se debe entregar en esta dirección:

Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto hasta el punto en que otras personas hayan actuado en virtud de esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada en virtud de esta autorización se puede volver a divulgar al receptor. En ocasiones, estas nuevas divulgaciones no se encuentran protegidas por la legislación de California y ya no quedan protegidas por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA).