

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*

Hospital y fechas de servicio: _____ Autorizo la divulgación de la información descrita a continuación: *(marque todos los casilleros que correspondan)*

<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

Fecha _____
(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).