

## 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"/> <b>Alameda Hospital &amp; South Shore Rehab:</b> 2070 Clinton Ave., Alameda, CA 94501	Tel: (510) 814-4037 Fax: (510) 814-4352
<input type="checkbox"/> <b>Eastmont Wellness:</b> 6955 Foothill Blvd., Oakland, CA 94605	Tel: (510) 437-4469 Fax: (510) 437-5052
<input type="checkbox"/> <b>Hayward Wellness:</b> 664 Southland Mall Drive, Hayward, CA 94545	Tel: (510) 437-4469 Fax: (510) 437-5052
<input type="checkbox"/> <b>Highland, Fairmont or John George Hospital:</b> 1411 E. 31 <sup>st</sup> St. Oakland, CA 94602	Tel: (510) 437-4469 Fax: (510) 437-5052
<input type="checkbox"/> <b>Marina Wellness and Surgical Associates:</b> 815 Atlantic Ave, Suite 100, Alameda, CA 94501	Tel: (510) 535-7363 Fax: (510) 864-1483
<input type="checkbox"/> <b>Marina Wellness Primary Care:</b> 947 Marina Village Parkway, Alameda, CA 94501	Tel: (510) 422-3400 Fax: (510) 749-0972
<input type="checkbox"/> <b>Newark Wellness:</b> 6066 Civic Terrace Ave., Newark, CA 94560	Tel: (510) 437-4469 Fax: (510) 437-5052
<input type="checkbox"/> <b>Park Bridge Rehabilitation and Wellness:</b> 2401 Blanding Ave, Alameda, CA 94501	Tel: (510) 522-1084 Fax: (510) 748-4289
<input type="checkbox"/> <b>San Leandro Hospital:</b> 13855 E. 14 <sup>th</sup> 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 ( <b>informes médicos, de laboratorio y de radiología dictados</b> )	<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).