

Autorización para recibir o entregar información médica

Se le pide esta autorización para el uso o la divulgación de información médica para cumplir con los términos de la Ley de Confidencialidad de Información Médica de 1981, Sección 56 y las siguientes, del Código Civil de California.

NOMBRE DEL PACIENTE (Con letra de molde)	FECHA DE NACIMIENTO	No. DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DEL PACIENTE	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
PROPORCIONE OTRO NOMBRE BAJO EL CUAL EL PACIENTE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO		

POR LA PRESENTE AUTORIZO (a los que nombro a continuación):		A PROPORCIONARLE A (a los que nombro a continuación):	
NOMBRE DEL HOSPITAL O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA		NOMBRE	
DOMICILIO		DOMICILIO	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
TELEFONO	FAX #	TELEFONO	FAX #

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE MIS REGISTROS EN SU ARCHIVO:

<input type="checkbox"/> HISTORIAL Y EXAMEN MÉDICO	<input type="checkbox"/> CONSULTAS
<input type="checkbox"/> REPORTES QUIRÚRGICOS Y DE PATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> NOTAS DE EVOLUCIÓN
<input type="checkbox"/> REPORTES DE LABORATORIO Y RAYOS X	<input type="checkbox"/> VACUNAS
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE EMERGENCIA/URGENCIA	<input type="checkbox"/> RESUMEN DE EGRESO
<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> ENVÍENME EL ARCHIVO COMPLETO

FECHAS DE LO ANTERIOR:

EL USO DE MIS REGISTROS DEBE LIMITARSE A LO SIGUIENTE (Marque uno):

<input type="checkbox"/> CUIDADO DE LA SALUD	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE AUTO
<input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR (Fecha del accidente)	<input type="checkbox"/> OTRO _____

DURACIÓN: Esta autorización deberá entrar en vigencia de manera inmediata y deberá permanecer vigente:

HASTA LA FECHA ESPECIFICADA: _____ / _____ / _____

EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS POR LAS ACTIVIDADES EMPRENDIDAS.

AUTORIZACIÓN: Yo, el suscrito, que soy (marque una):

EL PACIENTE ANTES MENCIONADO

EL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR ANTES MENCIONADO O DEL PACIENTE INCOMPETENTE

EL CÓNYUGE O PERSONA ECONOMICAMENTE RESPONSABLE DEL PACIENTE ANTES MENCIONADO
(Únicamente cuando la información autorizada para su divulgación se busque con el sólo propósito de procesar una solicitud para un seguro de salud o la inscripción en un plan de un hospital sin fines de lucro, un plan de servicio para el cuidado de la salud o plan de beneficios para el empleado y el paciente deberá ser inscrito como cónyuge o dependiente del mismo.)

EL BENEFICIARIO O REPRESENTANTE DEL PACIENTE ANTES MENCIONADO QUIEN YA FALLECIÓ

Por la presente solicito que el proveedor de atención médica antes mencionado le entregue a la persona o entidad mencionada arriba, sujeta a la limitación y a los usos estipulados en la presente, la información médica solicitada en este documento.

Además entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud mía. COPIA SOLICITADA Y RECIBIDA

FECHA _____ FIRMA DEL PACIENTE/CÓNYUGE/PADRE/DEFENSOR/TUTOR/REPRESENTANTE DEL PACIENTE _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____ DOMICILIO (si es otro que el del paciente) _____ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

FECHA _____ TESTIGO _____

Por medio de la presente autorizo la divulgación de la siguiente información confidencial que está protegida bajo el Código de Asistencia Pública e Instituciones de California (Welfare and Institutions Code), Sección 5328. Esta autorización estará vigente hasta la fecha estipulada arriba.

REGISTROS PSIQUIÁTRICOS ABUSO DE SUSTANCIAS VIH/SIDA

FECHA _____ FIRMA DEL PACIENTE/ CÓNYUGE/PADRE/DEFENSOR/TUTOR/REPRESENTANTE _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA _____ TESTIGO _____