**DEPARTAMENTO DE EXPEDIENTES MEDICOS**

**Teléfono: (323) 583-1931 Ext. 6630; FAX: (213) 537-0964**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**EXPLICACIÓN:** Esta autorización para el uso o divulgación de la información médica se requiere con el propósito de cumplir con los términos establecidos en el Acta de Confidencialidad de la Información Medica de 1981, Código Civil Sección 56.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente: | Fecha de Nacimiento: |
| Número de Seguro Social : | # Celular: |
| Dirección: | # de Casa: |
| Ciudad: Estado: Código Postal: | # de Trabajo: |

Yo autorizo a **Community Hospital of Huntington Park** el uso o divulgación de mi información médica como se presenta a continuación. De igual manera entiendo que la información que yo autoricé a una persona u organización podrá ser vuelta a revelar y no estará más, protegida por las leyes de privacidad federales.

|  |
| --- |
| **FECHAS DE HOSPITALIZACION QUE SERAN REVELADAS:**  |
|  |

**dESCRIPCION ESPECÍFICA DE LA INFORMACION QUE SERA REVELADA (seleccione SOLO UNA de la siguiente):**

 [ ]  Información Pertinente: **(Esto es lo que la mayoría de pacientes y doctores necesitan)** Resumen de alta, anamnesis y exploración física, reportes de consulta, reportes quirúrgicos, informes de laboratorio, radiología y otros informes diagnósticos, EEG, EMG, EKG, reportes de patología.

**O** [ ]  Mi Expediente Completo **(Nota: El expediente podría ser grande).**

**O**  [ ]  Solo las partes del expediente que yo marque abajo **(Marque todas las que apliquen):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_Reportes de Urgencias | \_\_Ordenes del Doctor | \_\_Notas de la Enfermera |
| \_\_Reporte Quirúrgico | \_\_Resumen de Alta | \_\_Pruebas de Laboratorio |
| \_\_Anamnesis y Exploración | \_\_Reporte de Patología | \_\_Notas de Progreso |
| \_\_Reportes de Consulta  | \_\_Reportes de Radiología |  |
| \_\_Estados de Cuenta | \_\_Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA LEGALMENTE:**

Yo autorizó la revelación de la siguiente información **(Marque todas las que apliquen):**

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Tratamiento de Salud Mental | Se requiere inicial :\_\_\_\_\_\_ |
|  [ ]  Resultados de VIH | Se requiere inicial : \_\_\_\_\_\_ |
|  [ ]  Tratamiento de abuso de Droga/Alcohol | Se requiere inicial : \_\_\_\_\_\_ |
|  [ ]  Otro (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Se requiere inicial : \_\_\_\_\_\_ |

**PROPÓSITO DE SOLICITUD O DIVULGACION:**

[ ]  Solicitud del Paciente [ ]  Continuación de Cuidado [ ]  Legal

[ ]  Seguranza [ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONAS O ORGANIZACIONES AUTORIZADAS A RECIBIR LA INFORMACION:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/organización: | Atención: |
| Dirección: | # De Teléfono |
| Ciudad: Estado: Código Postal: | # De Fax |

[ ]  Envié Copias a: (Dirección proporcionada arriba) [ ]  Yo recogeré

[ ]  Normalmente mandamos copias de papel; favor de indicar si requiere una copia en disco compacto (CD).

**MIS DERECHOS:**

1. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho de negarme a firmar. Si me negara a firmar dicha autorización, esto no podrá afectar mi condición para poder obtener tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios, con excepción de lo dispuesto en los párrafos 2 y 3 de este formulario.
2. Si el propósito de esta autorización es para una organización como un plan de salud de la compañía de seguro de vida para determinar la elegibilidad antes de inscripción y la solicitud no se va a utilizar para uso o divulgación de las notas psicoterapéuticas; y me niego a firmar dicha autorización, la organización se reserva el derecho de negar la inscripción de elegibilidad para las prestaciones.
3. Si el propósito de esta autorización es para divulgar la información médica a cualquier otra parte basado en el cuidado médico que se proporciona, únicamente para obtener esta información y yo me negara a firmar esta autorización; el hospital puede reservar el derecho de negarme tratamiento médico.
4. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o recibir una copia de la información usada o divulgada.
5. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.
6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento siempre y cuando lo notifique al hospital por escrito, con excepción:
	* Acción (Información usada o divulgada) ha sido tomada en fe de la legalidad de la autorización; o
	* Si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de seguros, otra ley puede proveer al asegurado el derecho de impugnar una reclamación a través de la póliza o de su misma póliza.

**VENCIMIENTO:**

Esta autorización se vence (especifique la fecha o evento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la fecha no se especifica en la autorización esta se vencerá 6 meses después de la fecha firmada.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o su representante legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o representante legal

Autoridad: \_\_Tutor \_\_Conservador \_\_Representante Legal \_\_Padres, menor de edad no emancipado

**Si está firmando de parte del paciente de quien usted es el representante legal, tiene que incluir una copia certificada de su nombramiento como representante legal del paciente.񁈃**