



Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica que lo identifica personalmente, según se establece a continuación, conforme a lo dispuesto por las leyes de California y las leyes federales respecto de la privacidad de dicha información.

**No brindar toda la información solicitada podría invalidar esta Autorización.**

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ M# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a **MADERA COMMUNITY HOSPITAL** [Nombre del médico, hospital o proveedor de atención médica] a divulgar a:

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación solicitada:**

Atención médica       Personal       Otros: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio/V#: \_\_\_\_\_

Esta autorización se aplica a la siguiente información:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe del departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta             | <input type="checkbox"/> Informe de análisis patológico          |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo            | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio / Radiografías  |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas        | <input type="checkbox"/> Otros: _____                            |

**MÉTODO DE DIVULGACIÓN:**

El paciente los recogerá  Impresos      Radiografías:  CD       QR Code

Una persona distinta del paciente los recogerá: [NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA]  
\_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO**

Esta autorización vence el (insertar la fecha): \_\_\_\_\_

## NOTIFICACION DE DERECHOS E INFORMACIÓN ADICIONAL

Puedo negarme a firmar esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre y entregarse en el siguiente domicilio: Madera Community Hospital, ATTN: Health Information Management, 1250 E. Almond Avenue, Madera, CA 93637

Mi revocación entrará en vigor cuando se la reciba, pero podrá ser limitada en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado conforme a esta autorización. El tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios **no** estarán condicionados a que haya otorgado o me niegue a otorgar esta autorización.

### COMPRENDO LO SIGUIENTE RESPECTO DE ESTA AUTORIZACIÓN:

1. Las leyes de California prohíben usos o divulgaciones adicionales de la información cuyo uso o divulgación se autoriza por la presente más allá de los límites específicos del presente consentimiento, a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación de mi parte, o que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por las leyes;
2. La información médica del paciente puede ser objeto de una segunda divulgación por parte del receptor y, en ese caso, dejará de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA);
3. Incluye **TODOS** los registros médicos y demás información respecto de mi tratamiento, hospitalización y/o la atención ambulatoria para mi condición, **incluidos trastornos psicológicos o psiquiátricos, uso de drogas y/o alcoholismo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o análisis para detectarlo, y la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**;
4. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica para la cual me están solicitando el permiso de uso y divulgación.

### FIRMA

Paciente: _____	Firma: _____
Fecha/Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Firmado por otra persona debido al estado del paciente en el momento del servicio	
Firma de esta otra persona: _____	Relación: _____
Nombre en letra de imprenta: _____	Fecha/Hora: _____

Attending must authorize release of Psychiatric and Chemical Dependency reports:  
PLEASE CHECK ONE:     Authorize Release                       Deny Release

Physician: _____	Signature: _____
Physician #: _____	Date / Time: _____ a.m./p.m