



1250 E. Almond Ave. • Madera • CA 93637
(559) 675-5555 • MaderaHospital.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de 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 _____ [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 de servicio/V#: _____

Esta autorización se aplica a la siguiente información:

- Antecedentes y examen y Física Informe del Departamento de Emergencias
 Resumen de alta Informe de análisis patológica
 Informe(s) operativo(s) Análisis de laboratorio / Radiografías
 Informe(s) de consulta(s) Otros: _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN:

Impresos Imágenes de Radiografías: CD QR Code

El paciente los recogerá Una persona distinta del paciente los recogerá: [NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA]

**TODOS LOS CARGOS PERMITIDOS DEBEN PAGARSE ANTES DE ENVIAR LOS
REGISTROS**

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.

COMPERENDO 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 psicológico 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); pruebas genéticas, salud reproductiva.**
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: _____

Firmado por otra persona debido a la condición del paciente en el momento del servicio

Firma de otros: _____ 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