

**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS MÉDICOS O INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:		
Nombre:	N.º de registro médico:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	Fecha de la solicitud:
LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER DIVULGADA POR:		
Persona/Centro:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		
LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SE PUEDE DIVULGAR A:		
Persona/Centro:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		
FORMATO SOLICITADO PARA LA INFORMACIÓN QUE SE PROPORCIONARÁ		
<input type="checkbox"/> Impresa <input type="checkbox"/> Medios electrónicos		
MÉTODO PREFERIDO DE ENTREGA		
<input type="checkbox"/> Recoger en One Community Health <input type="checkbox"/> Por correo a la dirección que figura abajo <input type="checkbox"/> Divulgar a la cuenta MYCHART <input type="checkbox"/> Por correo electrónico a: _____ <input type="checkbox"/> <i>Cifrado</i> <input type="checkbox"/> <i>No cifrado</i>		
<p>La información de salud se enviará por correo electrónico cifrado a menos que yo especifique lo contrario. Si solicito correo no cifrado, reconozco que hay riesgos de que un tercero pueda tener acceso a mi información de salud.</p>		

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A DIVULGAR

Especifique los registros a divulgar:

- Información médica general (desde _____ hasta _____)
- Información acerca de una lesión o un tratamiento específico (desde _____ hasta _____)
- Resultados de radiografías/laboratorio (desde _____ hasta _____)
- Salud mental* (desde _____ hasta _____)
Se requieren las iniciales _____
- Alcohol/Drogas** (desde _____ hasta _____)
Se requieren las iniciales _____
- Resultados de pruebas de VIH (desde _____ hasta _____)
Se requieren las iniciales _____
- Otro (especificar) _____

SUS DERECHOS

SUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar información es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados por el hecho de firmar este formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación NO afectará ninguna divulgación que se haya producido antes de que One Community Health recibiera y procesara un aviso por escrito de revocación.

Entiendo que, si no especifico una duración y si no la revoco, esta autorización vencerá automáticamente al año de la fecha de la firma que figura a continuación. A menos que la revoque de otra manera, esta autorización vence el (escribir fecha).

Para revocar esta autorización, entiendo que debo enviar una solicitud por escrito a One Community Health, ATTN: Health Information Management, 1500 21st Street, Sacramento, CA 95811.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

AVISO

Se le podría cobrar una tarifa por las copias de sus registros. A menos que lo exija la ley, las leyes del estado de California prohíben que el destinatario vuelva a divulgar la información de salud a menos que obtenga otra autorización de su parte. Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no tiene obligación legal de mantenerla confidencial, ya no estará protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales. El procesamiento de los registros puede llevar hasta 15 días o según lo que exija la ley.

REGISTROS ESPECIALES

***Derechos respecto de la información de salud mental:** Se debe completar un formulario de autorización por separado para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, según lo estipulado en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), Título 45 del Código de Regulaciones Federales, puntos 160 y 164. Con algunas excepciones, tiene derecho a revisar/recibir una copia de su información de salud personal. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a su propia información de salud mental si su proveedor determina que podría dañarlo. Si se le niega el acceso, tiene derecho a que se revise la denegación.

****Derechos respecto de sus registros de trastorno por abuso de sustancias:** Los registros de trastorno por abuso de sustancias están protegidos por las normas federales que rigen la Confidencialidad y Registros de pacientes con trastorno por abuso de sustancias, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés), Parte 2, e HIPAA, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las normas establezcan lo contrario.

COMPARTIR LA INFORMACIÓN CON TERCEROS

Es importante que tenga en cuenta que una vez que hayamos compartido su información de salud protegida con una aplicación de terceros o que solicite a su proveedor de atención médica que comparta su información de salud protegida con una aplicación de terceros, One Community Health no es responsable de ningún uso o divulgación subsiguiente de los datos.

AUTORIZACIÓN

Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a la(s) persona(s)/entidad(es) descritas en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que, una vez que se haya divulgado la información, es posible que se vuelva a divulgar y ya no esté protegida por las normas de privacidad. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y, por el presente documento, otorgo permiso a One Community Health para divulgar mi información de salud protegida según lo que se describe en esta solicitud. Entiendo que One Community Health no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios en el hecho de que firme esta autorización.

Por: _____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma

Fecha

Si no es el paciente, complete, firme y coloque la fecha a continuación.

Por: _____ _____ _____
Nombre del representante legal Firma Fecha
Relación con el paciente _____

Requerido:

STAFF USE ONLY: Name of staff member verifying patient identity (print clearly):

SOLO PARA USOFFICE USE ONLY:

Request fulfilled by: _____ on _____
HIM Employee DATE

FECHA

Provided in preferred format selected above Yes No

Sent via preferred method of delivery selected above Yes No

If not, why? _____