

Solicitud y autorización para divulgar registros médicos  
o información médica protegida

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre:	Nro. de registro médico:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Fecha de solicitud:
LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER DIVULGADA POR:		
Persona/Establecimiento:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		
LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER DIVULGADA A:		
Persona/Establecimiento:	Teléfono:	Fax:
Dirección:		
INFORMACIÓN MÉDICA QUE PUEDE SER DIVULGADA		
<b>Especifique los registros que pueden revelarse o divulgarse:</b>		
<input type="checkbox"/> Información medica general (de ____ a ____)		
<input type="checkbox"/> Información sobre una lesión o tratamiento determinado (de ____ a ____)		
<input type="checkbox"/> Rayos X /Resultados de laboratorio de (de ____ a ____)		
<input type="checkbox"/> Salud Mental* (de ____ a ____) Se requieren iniciales _____		
<input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas** (de ____ a ____) Se requieren iniciales _____		
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH (de ____ a ____) Se requieren iniciales _____		
<input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____		
<b>Sus derechos</b>		
<p>Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad para los beneficios no puede condicionarse a la firma de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación NO afectará ninguna de las divulgaciones ya realizadas por One Community Health antes de que hubieran recibido y procesado el aviso escrito de revocación. Entiendo que en</p>		

caso de no haberse especificado la duración, y siempre que no la revoque, esta autorización vencerá al cumplirse un año de la fecha de firma que se indica abajo. Para revocar esta autorización, entiendo que debo enviar la solicitud escrita a One Community Health, ATTN: Health Information Management, 1500 21<sup>st</sup> Street, Sacramento, CA 95811.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Salvo que se revoque de algún otro modo, esta autorización vence el \_\_\_\_\_ (insertar fecha). En caso de no indicarse fecha, la autorización vencerá al cumplirse los 12 meses de la fecha en que firmo este formulario.

## **AVISO**

Podrán aplicarse cargos por el copiado de estos registros. Salvo que la ley lo exija, la ley de California prohíbe al receptor de su información médica volver a divulgarla salvo que el receptor de dicha información obtenga otra autorización de usted. Si usted hubiera autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no está obligado por ley a respetar la confidencialidad, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales. Procesar los registros puede llevar hasta 15 días o el tiempo requerido por ley. Sus derechos:

## **REGISTROS ESPECIALES**

\*Derechos relativos a la Información de Salud Mental: con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar/recibir una copia de su información médica personal. En casos muy limitados, podremos denegarle el acceso a su información de salud mental cuando el proveedor determine que esto podría causarle un daño a usted. Si le deniegan el acceso, usted tiene derecho a pedir que se revise la denegatoria.

\*\*Derechos relativos a los registros sobre trastornos por consumo de sustancias: los registros sobre trastorno por consumo de sustancias están protegidos por las reglamentaciones Federales que rigen la Confidencialidad y Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de ("HIPAA"), 45 C.F.R. artículos 160 & 164, y no podrán divulgarse sin mi consentimiento escrito salvo que las reglamentaciones indiquen lo contrario.

## **Constancia**

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a las personas y entidades que se describen en esta solicitud. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que una vez divulgada la información, es posible que vuelva a divulgarse y ya no esté protegida por las reglamentaciones federales sobre privacidad. Por la presente, autorizo a One Community Health a divulgar mi

