

Quien completa este documento autoriza el uso o la divulgación de información médica individualmente identificable, como se indica a continuación, de conformidad con las leyes de California y con las leyes federales sobre la privacidad de dicha información.

La omisión de cualquier parte de la información solicitada puede invalidar esta Autorización.

USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Utilice letra de molde)

Por este medio autorizo el uso o la divulgación de mi información médica como indico a continuación:
Personas / Organizaciones autorizadas para *dar a conocer* (utilizar o divulgar) la información¹:

(TCMC u otra entidad)
Personas / Organizaciones autorizadas para *recibir* la información (nombre y dirección de la entidad):

Número de teléfono (con código de área)

La presente Autorización ampara la siguiente información específica que podrá divulgarse (seleccionar de entre lo indicado a continuación):²

Toda información relacionada con mi salud, inclusive cualquier historial médico, condición mental o física y tratamientos recibidos. Fechas incluidas: _____
[Opcional] Excepto en lo referente a estas limitaciones específicas:

Únicamente los siguientes registros o tipos específicos de información médica (con las fechas)

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen al dar de alta | <input type="checkbox"/> Informe histórico/físico |
| <input type="checkbox"/> Informes sobre consultas | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Informe sobre procedimientos | <input type="checkbox"/> Apuntes sobre el progreso obtenido |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes sobre radiografías |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar): _____ | |

Entiendo que esto incluirá información relacionada con lo siguiente (marque las casillas pertinentes):

- SIDA — Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS) o infección de VIH — Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)
- Atención psiquiátrica (el/la paciente deberá escribir sus iniciales aquí: _____)
- Tratamiento por el abuso de bebidas alcohólicas y/o drogas.

FECHA DE EXPIRACIÓN

Esta Autorización expira [en la siguiente fecha específica]: _____

RESTRICCIONES

Entiendo que las leyes de California prohíben cualquier otra divulgación por parte de quienes reciben mi información médica conforme a esta Autorización, a menos que dicha persona o entidad obtenga otra Autorización mía, o a menos que tal divulgación sea específicamente ordenada o permitida por ley.

SUS DERECHOS

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Deberé hacer esta revocación por escrito y la misma deberá estar firmada por mí o por alguien en mi nombre, y deberá entregarse en la siguiente dirección: 4002 Vista Way, Oceanside, CA 92056. Attn: Medical Records/Health Information.

Entiendo que mi revocación entrará en efecto en el momento en que se recibe, pero no afectará los usos o las divulgaciones realizadas previamente al recibo de la revocación.

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
(AUTORIZACION PARA USO O TRANSMISION DE INFORMACION)**



8700-1011
(Rev. 11/09)



Tri-City Medical Center
4002 Vista Way, Oceanside, California 92056

White-Med Records Yellow-Patient

DERECHOS Y REQUISITOS ADICIONALES DE QUIENES SOLICITAN ESTA AUTORIZACIÓN⁴

Entiendo que si el/la Solicitante desea recibir esta Autorización:

- 1. Mi información médica se utilizará para los propósitos indicados a continuación: Atención médica continua
 Asuntos de seguro Asuntos legales Otro propósito (Especificar) _____
- 2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita, para su uso o divulgación.
- 3. Tengo la obligación de recibir una copia de esta Autorización.³
- 4. Ni el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios estarán condicionados por mi decisión de dar o negarme a dar esta Autorización. Sin embargo, esto no se aplicará si el/la Solicitante desea recibir la información para utilizarla de la manera siguiente: (i) para realizar un tratamiento relacionado con una investigación; (ii) para obtener información en relación con mi elegibilidad o mi inscripción en un plan de atención médica al cual todavía no me he afiliado; (iii) para permitir que el/la Solicitante determine su obligación de pagar algún reclamo; o (iv) para crear información médica con el fin de divulgarla a terceros. No tengo la obligación bajo ninguna circunstancia, sin embargo, de autorizar la divulgación de apuntes relacionados con tratamientos de psicoterapia.
- 5. Si esta casilla está marcada, entiendo que el/la Solicitante puede recibir compensación u otra remuneración directa o indirectamente por el uso o la divulgación de mi información.

FIRMA

Firma _____ Fecha/Hora _____ AM/PM
[Paciente/su representante/su cónyuge/parte económicamente responsable]

Si quien firma no es el/la paciente, declare su relación legal con el/la paciente⁵: _____

Testigo: _____

(Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no tiene la obligación legal de mantenerla en forma confidencial, la información podrá ser divulgada nuevamente y posiblemente perderá su protección. La ley de California prohíbe que quienes reciben su información médica vuelvan a divulgarla, excepto con su autorización escrita o según la ley lo ordene o permita específicamente.)

Autorización para el uso o la divulgación de información médica – Notas a pie de página

¹ Si la Autorización la solicita la entidad que custodia la información médica, entonces dicha entidad recibirá el nombre de “Solicitante” en todo este formulario.

² Este formulario no podrá utilizarse para dar a conocer tanto apuntes sobre tratamientos de psicoterapia como otros tipos de información médica al mismo tiempo (ver 45 CFS § 164.508(b)(3)(ii)). Si este formulario se utiliza para autorizar la divulgación de apuntes sobre tratamientos de psicoterapia, deberá utilizarse un formulario distinto para autorizar la divulgación de cualquier otra información médica,

³ De conformidad con la Ley HIPAA, la persona deberá recibir una copia de la Autorización cuando ésta haya sido solicitada por una entidad amparada por la ley para los propósitos de su propio uso y divulgación (ver 45 CFR § 164.508(d) (I), (e) (2)).

⁴ El/La Solicitante deberá completar esta sección del formulario.

⁵ Un/a cónyuge o la parte económicamente responsable podrá autorizar la divulgación de información médica solamente para los siguientes usos:

- a. para procesar una solicitud en nombre del/de la paciente
- b. como cónyuge o dependiente para lo siguiente:
 - a. un plan o póliza de seguro médico
 - b. un plan de hospital sin fines de lucro
 - c. un plan de servicios de atención para la salud o
 - d. un plan de prestaciones para empleados

**For TCMC Medical Records/Health Information use only
(Solamente para el uso de: TCMC Medical Records/Health Information)**

MRUN: _____
Date of Birth: _____
#SS: ____ - ____ - ____
Telephone #: _____

Date Received: _____
Visits to be included: _____

Distribution: Mail Fax Pick-up

Completed by: _____
Signature Date