

Al completar este documento se autoriza el uso o divulgación de la información médica que permite la identificación individual, según lo establecido a continuación y en concordancia con la ley Federal y de California en materia de la privacidad de dicha información. **Si no se cumple con brindar toda la información requerida, esta autorización puede quedar anulada.**

### USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(Usar letra imprenta)

Por el presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica según se describe a continuación:

Persona/organización autorizada para *divulgar* (usar o divulgar) la información: Tri-City Medical Center

(TCMC u otra entidad)

Persona/organización autorizada para *recibir* la información (nombre y dirección de la entidad):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir la información médica:

Por correo:  CD  Copia impresa  Por fax:  Por correo electrónico  Protegida  No protegida

**Esta autorización se aplica para la divulgación de la siguiente información específica (seleccionar entre las opciones a continuación).<sup>1</sup>:**

Toda la información médica relativa a cualquier historial médico, afección mental o física y tratamiento recibido.

Incluidas las fechas: \_\_\_\_\_

[Opcional] Excepto para estas limitaciones específicas:

Incluir únicamente los siguientes registros o tipos específicos de información médica. Incluidas las fechas:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                         | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio                   | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (ECG) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta                     | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen físico                | <input type="checkbox"/> Informes de radiografía  |
| <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias | <input type="checkbox"/> Informes sobre operaciones/procedimientos |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____                |  |   |

Comprendo que esto incluye información relacionada con (marcar si corresponde):

- Infección por SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)
- Atención psiquiátrica (el paciente debe firmar con iniciales aquí: \_\_\_\_\_)
- Tratamiento por abuso de alcohol o drogas

### CADUCIDAD

La presente autorización caducará [en la siguiente fecha específica]: 30 días

### RESTRICCIONES

Comprendo que la ley de California prohíbe que los receptores de mi información médica, en virtud de esta autorización, realicen cualquier divulgación posterior de mi información médica a menos que el receptor obtenga otra autorización de mi parte, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

### SUS DERECHOS

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe tener mi firma o estar firmada en mi nombre, y debe ser enviada a la siguiente dirección: 4002 Vista Way Oceanside, CA 92056. A la atención de: Expedientes Médicos/Información Médica.

Comprendo que mi revocación entrará en vigencia al momento de su recepción, pero no afectará ningún uso o divulgación completado antes de recibir la revocación.



**Tri-City Medical Center**

4002 Vista Way • Oceanside • CA • 92056



8700-1011  
(Rev. 3/21)

**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE  
(AUTORIZACIÓN PARA USO Y  
DIVULGACIÓN)**

White - Med Records    Yellow - Patient

Affix Patient Label

**DERECHOS Y REQUISITOS ADICIONALES SI SE SOLICITA ESTA AUTORIZACIÓN<sup>3</sup>**

Comprendo que si se solicita esta autorización:

1. Mi información médica se utilizará con los siguientes propósitos:  Continuación de la atención médica  
 Seguro  Legal  Otro (especificar) \_\_\_\_\_
2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita para su uso o la divulgación.
3. Debo recibir una copia de esta autorización (según las reglamentaciones y leyes HIPAA).
4. Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización. Sin embargo, esto no aplica si el Solicitante desea usar la información para: (i) llevar a cabo un tratamiento relacionado con una investigación; (ii) obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción a un plan de salud al que aún no estoy afiliado; (iii) permitir que el Solicitante determine su obligación de pagar un reclamo; o (iv) generar información médica para proveer a un tercero. No obstante, bajo ninguna circunstancia se me obligará a autorizar la divulgación de las notas de psicoterapia.
5. Tenga en cuenta que una vez que su información sale de Tri-City Medical Center, Tri-City Medical Center ya no es capaz de proteger dicha información y los destinatarios de su información pueden no estar obligados legalmente a proteger su información.
6. La información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y podría dejar de estar protegida por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA).
7. Por el presente, libero a Tri-City Medical Center, sus empleados y mis médicos tratantes y sus asociados de cualquier/ toda responsabilidad legal que pueda surgir a partir de la divulgación de esta información para la parte mencionada en la página 1 de este formulario de autorización.

**FIRMA**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.  
[Paciente/representante/cónyuge/parte responsable en términos financieros]

Si la firma es de cualquier otra persona que no sea el paciente, indique su relación legal con el paciente<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

**Autorización para el uso o la divulgación de información médica - Referencias de pie de página**

<sup>1</sup> Este formulario no puede usarse para divulgar notas de psicoterapia u otros tipos de información médica [(ver 45 CFR § 164.508(b)(3)(ii)]. Si este formulario se quiere utilizar para divulgar notas de psicoterapia, deberá utilizarse un formulario aparte para autorizar la divulgación de cualquier otro tipo de información médica.

<sup>2</sup> Un cónyuge o parte responsable en términos financieros solo pueden autorizar la divulgación de información médica para los siguientes usos:

- a. para procesar una solicitud en nombre del paciente
- b. como cónyuge o dependiente para:
  - a. una póliza o plan de seguro médico
  - b. un plan de hospital sin fines de lucro
  - c. un plan de servicio de atención médica o
  - d. un plan de beneficios del empleado

**Para uso exclusivo de Expedientes Médicos/Información Médica de TCMC**

MRUN: \_\_\_\_\_

Date received: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Visits to be included: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_

Distribution:  Mail  Pick-up  CD  Other \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_

Signature

Date