

Autorización para el uso y divulgación de historial médico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fechas de Servicio: _____ Número de Teléfono: _____

Yo autorizo (Nombre y dirección): _____

Entregarle a (Nombre y dirección del destinatario): _____

La siguiente información de salud:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Divulgación | <input type="checkbox"/> Registros Clínicos de Visitas Externas | <input type="checkbox"/> Registro de Cirugía del
Mismo Día |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso
de Hospitalización | <input type="checkbox"/> Registro de Emergencias | <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo |
| <input type="checkbox"/> Historial & Físico | <input type="checkbox"/> Prueba(s) de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte Operativo | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Radiología | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Consultas | <input type="checkbox"/> Reporte(s) de Patología | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Registros de Vacunas | _____ |

Favor de incluir información de acceso restringido en relación a (*inicial si es necesario*):

_____ Resultados de pruebas de VIH (HIV) _____ Salud Conductual _____ Pruebas de Genética

El destinatario puede usar mi información de salud solo para el siguiente(s) propósito(s):

CADUCIDAD: Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto hasta (*ingresar fecha específica*): _____

Si no se proporciona una fecha, la autorización será válida por un año a partir de la fecha de la firma.

RESTRICCIONES: La ley de California prohíbe al destinatario realizar divulgaciones futuras de su historial médico a menos que el mismo destinatario obtenga otra autorización de su parte; o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no es extensiva a los destinatarios fuera del estado de California.

SUS DERECHOS:

- Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización y esto no afecta mi capacidad de obtener tratamiento o pago.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mi o en mi nombre, y entregada a la siguiente dirección: _____
- Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no tendrá un impacto en el uso o divulgación realizada mientras mi autorización fue válida.
- Yo tengo derecho de recibir una copia de ésta autorización (ésto es requerido si la autorización es solicitada para el uso del proveedor o la divulgación de información de salud).

- Yo puedo inspeccionar y obtener una copia del historial médico que estoy autorizando para su uso o divulgación.
- Si esta casilla esta seleccionada _____ recibiré/recibirá una compensación por el uso o divulgación de mi historial médico.

FIRMA

 Firma (Paciente/Representante) Fecha Hora

Si esta firmada por otra persona que no sea el paciente, escriba su nombre y parentesco.

Al completarla, marque la casilla de su división de PAMF y envíela a la dirección correspondiente.



PAMF Camino Division
 Attention: ACTA
 701 E. El Camino Real
 Mountain View, CA 94040
 Phone: 408-523-3267
 Fax: 408-524-5034



PAMF Palo Alto Division
 Attention: ACTA
 795 El Camino Real
 Palo Alto, CA 94301
 Phone: 650-853-4745
 Fax: 650-853-6093



PAMF Santa Cruz Division
 Attention: ACTA
 2025 Soquel Avenue
 Santa Cruz, CA 95062
 Phone: 831-458-5520
 Fax: 831-457-0583

USO DE CLINICA DEBAJO DE ÉSTA BARRA

BEHAVIORAL HEALTH INFORMATION

If the health information requested pertains to behavioral health information, the undersigned physician, licensed psychologist, or social worker with a master’s degree in social work who is in charge of the patient.

Approves

Disapproves

the disclosure of the health information and records described above. If disclosure is approved, any restrictions are listed below. If disclosure is disapproved, the reasons are stated below:

Date: _____ Time: _____

Signature: Physician/Psychologist/Social Worker _____

Applicable Fees	Clerical	Copying	Delivery
Delivered to a Health Care Provider			
Delivered to Non-Provider (3rd party)			