



AUTORIZACIÓN PARA SU USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA SALUD

Al llenar este formulario nos autoriza el uso o divulgación de su información de su salud individualmente identificable de tal manera que sea congruente con las leyes Federales de California relacionadas con la confidencialidad del paciente y de sus expedientes médicos. El no proporcionar toda la información necesaria puede invalidar esta Autorización.

Parte 1: El uso o divulgación de información confidencial de la salud

Entiendo que hay un cargo administrativo por fotocopias de expedientes para uso personal (no hay cargo cuando se envían a otro proveedor o médico), como sigue: \$20.00 +\$ 0.25 por página. Por la presente autorizo el uso y/o divulgación de mis expedientes médicos como sigue:

Nombre del Paciente: _____ Teléfono: _____

Domicilio del Paciente: _____

Identificaciones del Paciente (Fecha de nacimiento / 4 últimos dígitos del SS, etc.; *mínimo dos formas vigentes de identificación*): (1) _____ (2) _____

DE: (Nombre y domicilio del proveedor/organización donde **guardan sus expedientes**)

A: (Persona/organización, incluyendo domicilio, autorizado **para recibir** los expedientes)

Esta autorización se aplica a todos los siguientes expedientes (marque **uno o más** de los siguientes):

Toda la información relacionada con mi historial clínico de los últimos dos años, así como el tratamiento proporcionado. [OPCIONAL] Con excepción (*Describe*): _____

Resultados de los exámenes para detectar la probabilidad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el agente probable causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Expedientes Psiquiátricos Expedientes del abuso de sustancia

Expedientes sobre Abuso de Sustancias **ÚNICAMENTE** los siguientes expedientes médicos o tipos de información sobre la salud, incluyendo cualquiera de las fechas (*Describe*): _____

Parte 2: Si la Clínica u otro solicitante (no el paciente) solicitan autorización

La información confidencial de salud se utilizará para los siguientes propósitos:

- | | |
|---|--|
| _____ Continuidad de los cuidados | _____ Proceso legal / acción |
| _____ Cambio de proveedor | _____ Personal (<i>por solicitud del paciente</i>) |
| _____ Elegibilidad para seguro / beneficios | _____ Otro (<i>Especifique</i>) _____ |

Yo, el paciente, puedo inspeccionar u obtener una copia de los expedientes médicos que me piden que divulgue. Y tengo entendido que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados con que yo proporcione o me rehúse a proporcionar esta autorización.

☐ Parte 3: Vencimiento

Esta autorización se vence [INDIQUE FECHA O EVENTO]: ____/____/____

Parte 4: Restricciones al solicitante (que no sea el paciente)

Las leyes de California prohíben al solicitante divulgar adicionalmente la información de salud protegida a menos que el solicitante obtenga otra autorización por parte del paciente para tal propósito o a menos que se requiera o sea permitido por ley que lo haga.

Nota al paciente: *Si usted ha autorizado el uso o divulgación de la información de salud a alguien que no tiene la obligación de mantenerla en forma confidencial por ley, esta puede ser divulgada de nuevo y ya no gozar de protección. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud que divulguen adicionalmente sus expedientes médicos excepto si cuentan con su autorización por escrito o como se requiera específicamente o sea permitido por ley.*

Parte 5: Sus derechos y responsabilidades como paciente.

- (A) Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- (B) Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá ser por escrito, firmada y fechada por mi o por mi representante y entregada a:
 - Sansum Clinic Health Information Services**
 - Attn: Release of Information / Correspondence**
 - 317 West Pueblo Street** Telephone: (805) 898-3188
 - Santa Barbara, CA 93105** Fax: (805) 898-3428
- (C) Mi revocación es vigente a partir de que se reciba pero no surtirá efecto hasta que el solicitante u otros puedan haber actuado confiando en esta autorización.
- (D) Tengo derecho a revisar y a recibir copia de esta autorización.

☐ Parte 6: Firma del paciente / autenticación

Firmando esta Autorización, confirmo que representa mis deseos y que yo la entiendo en forma total y completa.

Fecha de hoy: _____ **Hora:** _____ AM / PM [marque cual]

Firma: _____ **Paciente/Representante del Paciente**
[marque cual]

Identificaciones del Representante del Paciente (Mínimo dos identif.,vea la página1)

(1) _____ (2) _____

Si la firma anterior es del representante del paciente, diga la relación legal con el mismo:

Testigo de la Firma (personal de la Clínica): _____ **Fecha:** _____