

**AUTHORIZACIÓN PARA USAR O  
 REVELAR INFORMACIÓN SOBRE  
 SALUD**

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Al completar este documento usted está autorizando la revelación y/o el uso de la información sobre su salud.

**La omisión en proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.**

Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

**Solicitamos archivos de:**

Nombre/Centro: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Tlf.: ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_

**Donde enviar los archivos:**

Nombre/Centro: \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Tlf.: ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_

Marque aquí si prefiere un disco compacto (CD)

**Sírvase enviar los archivos de las fechas comprendidas entre el:** \_\_\_\_\_ **y el:** \_\_\_\_\_

Laboratorio

Historia clínica y exámenes

Notas de las consultas

Notas sobre evolución

Otros: \_\_\_\_\_

**Propósito del uso o revelación:**

Continuidad del cuidado

A solicitud del paciente

Seguro

Legal

Otro: \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (marque y ponga sus iniciales donde sea apropiado):**

Información sobre tratamiento de salud mental

Ponga sus iniciales si lo solicita: \_\_\_\_\_

Resultados de pruebas de sida

Ponga sus iniciales si lo solicita: \_\_\_\_\_

Información sobre tratamiento de alcohol/drogas

Ponga sus iniciales si lo solicita: \_\_\_\_\_

\*Si no se ha marcado y puesto iniciales, **NO** se revelarán los archivos que contienen dicha información.

Duración: Esta autorización vence el [anote la fecha]: \_\_\_\_\_

**\*Si no ha indicado la fecha esta autorización vencerá 6 meses después de la fecha de la firma.**

Revocación: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero deberé hacerlo por escrito y enviarla a **St. Joseph Heritage Medical Group**. Mi revocación entrará en vigor cuando se reciba, excepto en la medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización.

Nueva revelación: La información revelada de conformidad con esta autorización puede ser revelada nuevamente por la persona que la recibe. Dicha nueva revelación, en algunos casos, no está protegida por la ley de California y podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Condición: Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Si me negara a firmar esta autorización, debo saber que, conforme la ley lo dispone, mi información médica no puede ser revelada. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi calificación para obtener beneficios.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Batavia Woods

Garden Grove

Tustin

Chapman

Santa Ana

Cardiology

Esta autorización se le solicita en cumplimiento con los términos de la Ley de confidencialidad de la información médica de 1981 Confidentiality of the Medical Information Act, la Sección 56 y siguientes del Código Civil, y la ley de Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 2003.