

Autorización para el uso o divulgación de información de salud

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, tal como se explica más adelante, de acuerdo con las leyes federales y de California relacionadas con la privacidad de dicha información.

EL NO PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA PUEDE INVALIDAR ESTA AUTORIZACIÓN.

Nombre del paciente en letra de molde _____

Fecha de nacimiento _____

Enviar la información desde: (From)

Choc Children's Garden Grove Clinic

10602 Chapman Ave suite 100 Garden Grove, Ca 92840

La información se enviará a: (To)

Nombre del proveedor/organización _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Fax _____

Marque esta casilla si es usted quien va a recoger las copias (se paga por hoja)

Razón por la cual solicita que se revele la información de salud (Por favor, MARQUE UNA):

- Mis expedientes personales-inspección, acceso u obtención de copias (\$0.25 por página más impuestos y pago del correo, a menos que se recojan personalmente)
- Compartir la información con otros proveedores de salud con fines de tratamiento (este servicio es gratis siempre que los registros se envíen directamente al proveedor).
- Otra (por favor, describa): _____

Por favor, envíe la siguiente información: marque los datos solicitados

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Clínica ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Informe operatorio | <input type="checkbox"/> Clínica de especialidades
(especifique cual clínica)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Registros de pagos |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otros
_____ |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Informe del departamento de emergencias | |

Fechas del tratamiento: _____

Esta autorización expira en la siguiente fecha: _____

CONTINÚA AL REVERSO

Ni el tratamiento, pagos, inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios estarán condicionados a que yo acepte o rechace esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento; ésta deberá hacerse por escrito y ser enviada a: "CHOC Privacy Official, Health Information Management Department".

Mi revocación se hará efectiva al recibirse, pero no lo será si CHOC ya sometió a los procedimientos habituales la solicitud original para la divulgación de la información de salud.

Entiendo que puedo inspeccionar y obtener copias, mediante el pago de una cuota, de la información de salud que ha sido divulgada o revelada.

Entiendo que una vez que la información antes mencionada se divulgue, el receptor puede divulgarla de nuevo, y la información podría no estar protegida por las leyes y reglamentos federales de privacidad. Las leyes de California prohíben a los receptores de su información de salud que la vuelvan a divulgar, excepto cuando usted haya dado su autorización por escrito o si así lo requiere la ley específicamente.

Divulgaciones que requieren de consentimiento especial:

Mi firma abajo, autoriza específicamente la divulgación de información del cuidado de la salud referente a pruebas, diagnóstico o tratamiento de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIH/Virus del SIDA | <input type="checkbox"/> Salud mental/trastornos psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente | <input type="checkbox"/> Abuso /tratamiento de drogas, alcohol |

Nombre del paciente/padre/representante legal, en letra de molde

Firma del paciente/padre/representante legal

Fecha

Relación con el paciente: _____ Teléfono _____

Registro recibido por: _____ Fecha _____

Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización