

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_

No. del Registro Medico Electrónico \_\_\_\_\_

**1. Autorizo la divulgación de mi información de salud de:** (¿Quién tiene la información que desea que se divulgue? Escriba el nombre del hospital o la clínica.)

Nombre Dirección Ciudad Estado Zip Teléfono/Fax	Colocar el sello de ubicación del sitio
--	---

**2. Autorizo la divulgación de mi información de salud a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización:** (¿Dónde desea que se envíe la información o **quién** puede tener la información?)

Nombre Dirección Ciudad Estado Zip Teléfono/Fax	Colocar el sello de ubicación del sitio
--	---

**3. Para los siguientes propósitos:**

- Continuidad del cuidado de salud  
  Copias para uso propio  
  Seguro Médico  
  Legal  
 Transferir cuidado  
  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**4. Información solicitada:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación detallados                                    | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio  | <input type="checkbox"/> Asesoramiento / apoyo de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Registro médico completo: últimos dos años                             | <input type="checkbox"/> Informe (s) de imágenes) | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos             |
| <input type="checkbox"/> Registros dentales completos (incluir radiografías) - Últimos dos años | <input type="checkbox"/> Vacunas                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |
- Fechas de atención que se compartirán: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**5. Seleccione el formato:**  MyChart  Correo  Recoger en persona en \_\_\_\_\_

- Fax \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico protegido. Nota: el correo electrónico protegido requiere un proceso de registro cuando recibe el primer correo electrónico.  
 Correo electrónico sin protección. Iniciales: \_\_\_\_\_ Entiendo el correo electrónico sin encriptar aumenta el riesgo de que un tercero pueda acceder a la información mientras está en tránsito.

**\*\*La información confidencial a continuación no se compartirá a menos que ponga su inicial\*\***

**6. COMPRENDO QUE** la información solicitada incluye la información confidencial que se detalla a continuación, se pueden aplicar leyes federales o estatales adicionales. Al poner mi inicial al lado de cada sección, doy mi permiso para que se comparta la información.

- |   |  |
|---|--|
| Iniciales: _____ Diagnóstico/Tratamiento del uso de drogas  | Iniciales: _____ Resultados de las pruebas genéticas |
| Iniciales: _____ Diagnóstico/Tratamiento del uso de alcohol | Iniciales: _____ Anemia de células falciformes       |
| Iniciales: _____ Enfermedad de transmisión sexual           | Iniciales: _____ Registros de salud mental           |
| Iniciales: _____ Resultados de la prueba de VIH/SIDA        |  |

**ENTIENDO QUE:**

**La información utilizada o compartida** por esta autorización se puede volver a compartir con otros. Entonces ya no estará protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede limitar la posibilidad de volver a compartir parte de la información confidencial que figura en la página 1. (45 CFR§164.508 (c) (2) (iii))

**No estoy obligado a firmar esta autorización.** Elegir no firmar no me impedirá obtener atención médica o reembolso por los servicios. El único momento en que mi niego a firmar puede impedirme obtener servicios de salud es si los servicios se realizan solo para proporcionar información de salud a otra persona y se necesita autorización para enviarles la información. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**Tengo derecho a solicitar**, por escrito, una lista de las personas que han recibido mi información de salud por razones distintas al tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones que autoricé. Sé que puedo obtener una copia de esta lista una vez cada 12 meses sin costo alguno.

**Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento** enviando una solicitud por escrito o completando el formulario de Revocación de Autorización de La Clinica.

Si cancelo esta autorización, entiendo que esto no afecta la información previamente compartida. Es posible que no pueda retirar mi autorización si se hizo para obtener cobertura de seguro. (45 CFR§164.508 (c) (2) (ii))

**En los centros de salud escolares de La Clinica**, la información protegida se usará o compartirá solo cuando sea necesario. El propósito debe estar relacionado con la salud, el bienestar y la capacidad del niño para aprender y tener éxito.

**Esta autorización expirará** un año después de la fecha firmada, a menos que se escriba una fecha de vencimiento diferente aquí:

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente/representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (cuando está firmada en la oficina)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

**Uso del personal solamente:**

**Staff Use Only:**

Health records requested by \_\_\_\_\_ (Enter La Clinica care team member name requesting records. )

**For Staff Processing ROI Use Only:**

Patient picked up  Faxed  Mailed  Other \_\_\_\_\_

Health records sent to \_\_\_\_\_ for patient to pick up

Staff Name: \_\_\_\_\_

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