

**NATIVIDAD CENTRO MÉDICO**  
**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA**

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información de médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona *toda* la información solicitada.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número Social de la seguridad: \_\_\_\_\_

**USO Y DIVULGACION DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por medio del presente autorizo a:

Natividad Centro médico, 1441 bulevar de la constitución, salinas, CA 93912-1611

a dovilgar a: \_\_\_\_\_

(Personas/organizaciones autorizadas a *recibir* la información) (Domicillio: calle, ciudad, estado, código postal)

la siguiente información:

- a.  Toda la información de médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido - **O**
- Sólo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):  
\_\_\_\_\_
- b.  Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):
- Información sobre tratamiento de salud mental<sup>1</sup>
  - Resultados de análisis de VIH
  - Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o uso de las notas de psicoterapia.

**OBJETIVO**

objetivo del uso o divulgación solicitados:  solicitud de paciente; **O**  otro:  
\_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO**

Esta autorización vence el [inserte la fecha]: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Si la información mental de la salud cubierta por el acto Lanterman-Petris-Corto se solicita para ser lanzada a terceros por el paciente, el médico, psicólogo licenciado, trabajador social con un masters en trabajo social o el therapist de la unión y de la familia, que está a cargo del paciente deben aprobar el lanzamiento. Si el lanzamiento no es aprobado, las razones por lo tanto deben ser documentadas. El paciente podría obtener muy probablemente legalmente una copia del expediente misma o ella misma y después proporcionar los expedientes al de tercera persona, sin embargo.

---

## MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener el tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.<sup>2</sup>

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que cuyo uso o divulgación se me solicitada que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: \_\_\_\_\_

---

Mi revocación tendrá vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo una derecho de recibir una copia de esta autorización.<sup>3</sup>

El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley del Estado de California, y puede proteger no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Si esta casillero está marcado  el solicitante de la información recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.<sup>4</sup>

## FIRMA:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente/representante/cónyuge/tercero responsable en lo financiero)

Si la firma no pertenece al paciente, indique su relación legal con el paciente:

Testigos: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Si HIPAA un de los reconoció excepciones a esta declaración se aplica, entonces esta declaración se debe cambiar para describir las consecuencias al individuo de la denegación para firmar la autorización cuando esa entidad cubierta puede condicionar el tratamiento, la inscripción del plan de la salud, o la elegibilidad de la ventaja en la falta de obtener tal autorización. Una entidad cubierta se permite para condicionar el tratamiento, la inscripción del plan de la salud o la elegibilidad de la ventaja en la disposición de una autorización como sigue: (i) para conducir el tratamiento investigación-relacionado, (ii) para obtener la información en la conexión con las determinaciones de la elegibilidad o de la inscripción del plan de la salud referente al individuo o para sus determinaciones de grado el suscribir o de riesgo, o (iii) para crear la información de la salud para proporcionar a terceros o para el acceso de la información de la salud a tales terceros. Bajo ningunas circunstancias, sin embargo, se puede un individual requerir para autorizar el acceso de las notas de la sicoterapia.

<sup>3</sup> Debajo de HIPAA, el individuo se debe proporcionar una copia de la autorización cuando ha sido solicitado por una entidad cubierta para sus propias aplicaciones y accesos (véase que 45 CF son la sección 164 o.50 8 (D) (1), (cada uno) (2)).

<sup>4</sup> El solicitante debe terminar esta sección de la forma.