

NOMBRE DEL PACIENTE: PRIMERO/ SEGUNDO / APELLIDO			FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE EXPEDIENTE
TAMBIÉN CONOCIDO COMO (OTRO NOMBRE)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA DEL N.º DE TELÉFONO ()

Soy el **PACIENTE** **TUTOR** **CURADOR** **PERSONA DESIGNADA** y por este medio autorizo a Natividad y/o a Nombre del centro: _____ a usar o divulgar información de salud de la persona antes mencionada **A**:

ENVIAR A (NOMBRE DE LA PERSONA, ORGANIZACIÓN, AGENCIA)				
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA DEL N.º DE TELÉFONO ()
PROPÓSITO: LA DIVULGACIÓN DE ESTOS ARCHIVOS ES SOLO PARA EL (LOS) SIGUIENTE(S) PROPÓSITO(S)				
FECHAS Y TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:				

La política de Natividad es proporcionar todos los registros electrónicos en un CD. Si usted es el paciente que solicita sus propios registros, puede elegir entre copias impresas o un CD. Marque una opción: CD Copias impresas

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Si ha autorizado la divulgación de su información médica a alguna persona que legalmente no requiera mantener la confidencialidad de dicha información, es posible que esta se vuelva a divulgar y ya no esté protegida. Las leyes de California y una ley federal que regulan los registros de los pacientes sobre el abuso de drogas prohíben a quienes reciben su información médica volver a divulgar dicha información, a menos que usted lo autorice por escrito o la ley lo exija o permita de forma específica.

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: Se trata de una autorización para la **divulgación completa** de la información relacionada con la atención médica que incluye los registros de mantenimiento de la atención médica y los registros de atención y tratamiento médico, quirúrgico, de enfermedades de transmisión sexual y de salud mental, así como de abuso de alcohol u otras drogas, si existieran. Este consentimiento también autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH, si existieran. Estos registros se divulgarán a menos que usted especifique la información que desea que se excluya. Escriba sus iniciales debajo de la información que no desea que se divulgue:

Excluir: _____ Excluir los resultados de pruebas de VIH
ESCRIBA SUS INICIALES

_____ Excluir la información sobre el tratamiento para el abuso de sustancias
ESCRIBA SUS INICIALES

_____ **SIN** exclusiones.

_____ Excluir la información sobre el tratamiento para la salud mental
ESCRIBA SUS INICIALES

_____ Excluir otra información: _____
ESCRIBA SUS INICIALES ESPECIFIQUE

La presente Autorización entra en vigor de forma inmediata y permanecerá en vigor durante un año o hasta (fecha o evento). _____ . Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, debe estar firmada por mí o en mi nombre y se debe entregar en la dirección donde recibí la atención. Mi revocación entrará en vigor en el momento de recibirla, pero no tendrá vigor en la medida en que Natividad haya actuado con base en esta Autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. En el caso en que Natividad me pida autorizar esta divulgación, tengo derecho a supervisar u obtener una copia de la información médica divulgada. Puedo negarme a firmar esta Autorización. Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta Autorización.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CUANDO SE SOLICITE (AB610, MH)		
FIRMA DEL PADRE/DE LA MADRE, TUTOR, CURADOR O PERSONA DESIGNADA	RELACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	FECHA	

Natividad
1441 CONSTITUTION BLVD. • SALINAS, CA 93912-1661 • (831) 755-4111

FORMULARIO 7652S (5/19)

**AUTHORIZATION TO USE
OR DISCLOSE HEALTH
INFORMATION**

Patient Label

