**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Complete este formulario para solicitar copias de registros médicos, autorizar registros para enviarlos a otra persona o entidad, o para autorizar un intercambio verbal de información. No se procesarán los formularios incompletos o inválidos. Si desea ver o revisar sus registros, utilice el registro de “solicitud de acceso”.

1. AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: |
| Alias: | | |
| Domicilio: | Ciudad/Estado: | Código postal: |
| Fecha de nacimiento: | Número de teléfono: | Número de seguro social: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA **DIVULGAR** SU INFORMACIÓN? NOMBRE DE PERSONAS U ORGANIZACIONES. | 1. ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA **RECIBIR** SU INFORMACIÓN? NOMBRE DE PERSONAS U ORGANIZACIONES. | 1. ¿Intercambio bidireccional de información? | |
| Nombre(s) (y relación, si corresponde): | Nombre(s) (y relación, si corresponde): | Sí  No | Inicial aquí |
| Dirección y / o número de teléfono: | Dirección y / o número de teléfono: |  | |
| Número de fax: | Número de fax: |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:** INDIQUE CON SUS **INICIALES** EL MOTIVO DE LA SOLICITUD. ESTA PARTE DEL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADA. | | | |
| Inicial aquí | Tratamiento o consulta | Inicial aquí | Solicitud del paciente |
| Inicial aquí | Otro: | | |

1. **RANGO DE FECHAS DE LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS**

Indique el perdiodo de registros que solicita. Los registros cubiertos por esta divulgación incluyen solamente los registros creados durante el periodo de (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (fecha) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Si no se especifica ninguna fecha solo se proveerá un año de registros.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. MARQUE CON SUS **INICIALES** LOS ELEMENTOS QUE SOLICITA SEAN DIVULGADOS. SOLO SE DIVULGARÁN LOS ARCHIVOS FIRMADOS CON SUS INICIALES. | | | | |
| **REGISTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA** | |  | **REGISTROS DE SALUD MENTAL** | |
| Inicial aquí | Historia clínica y examen físico | Inicial aquí | Diagnóstico |
| Inicial aquí | Resultados de laboratorio | Inicial aquí | Evaluaciones |
| Inicial aquí | Notas de progreso | Inicial aquí | Evaluaciones psiquiátricas |
| Inicial aquí | Informes radiográficos/de imágenes | Inicial aquí | Resultados de pruebas psicológicas |
| Inicial aquí | Registros de facturación | Inicial aquí | Notas de progreso |
| Inicial aquí | Registros odontológicos | Inicial aquí | Consultas |
| Inicial aquí | SOLO registros de vacunación | Inicial aquí | Resultados de laboratorio |
| Inicial aquí | Registros de salud conductual/Registros del asistente social clínico licenciado | Inicial aquí | Medicamentos |
| **OTROS REGISTROS** | |
| Inicial aquí | Resultados de análisis de VIH y de anticuerpos de VIH | Inicial aquí | Otro: |
| Inicial aquí | Notas de consulta | Inicial aquí | Otro: |

1. **MIS DERECHOS**

Puedo negarme a firmar esta autorización. No afectará mi capacidad para recibir tratamiento.

* Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, enviando mi revocación a la siguiente dirección:

|  |  |
| --- | --- |
| **Para registros odontológicos y de asistencia primaria:**  **ATTN: Medical Records Unit**  **2101 Courage Drive, MS 10-150**  **Fairfield, CA 94533**  **Tel: (707) 784-2048**  **Fax: (707) 784-1494** | **Para registros de salud mental:**  **ATTN: Central Medical Records**  **2101 Courage Drive, MS 10-300**  **Fairfield, CA 94533**  **Tel: (707) 784-2110**  **Fax: (707) 425-4072** |

* La revocación será vigente desde su recepción, excepto por los registros que ya hayan sido divulgados.
* Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se me ofrecerá una copia.
* Puedo revisar o recibir una copia de la información de salud que se me está solicitando usar y / o divulgar.
* La información divulgada mediante esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Esta nueva divulgación está permitida en algunos casos y puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales.
* En algunos casos se pueden negar la solicitud de los registros. Si quiere apelar a una denegación de registros, puede hacer una solicitud por escrito al director médico en asistencia primaria o en salud conductual pertinente en la Unidad de Registros Médicos adecuada.

1. Una autorización general para la divulgación de registros médicos NO es suficiente para publicar registros de alcoholismo o drogadicción. Tales registros están protegidos al amparo de las normas federales que rigen la Confidencialidad de los Registros del Paciente Relativo a Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y no pueden divulgarse sin un consentimiento específico por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Los registros protegidos por 42 CFR Parte 2 son administrados para la División de Salud Conductual.

Entiendo que se me puede cobrar un cargo por las copias. Las copias solicitadas para o por un abogado sin fines de lucro que represente a un cliente de Salud y Servicios Sociales no tendrán costo alguno.

1. **Este permiso de divulgación vence el (fecha requerida):** (máximo 1 año desde la fecha de la firma).
2. **FIRMA DEL CLIENTE:**  Fecha:
3. **FIRMA DEL REPRESENTANTE:** Fecha:

Si firma una persona que no sea el paciente, indique con sus iniciales la relación en la casilla adecuada y escriba su nombre. Se requiere pruebas en caso de tutela o custodia legal. Presente una copia de prueba para el registro.

|  |  |
| --- | --- |
| Inicial aquí | Padre/madre |
| Inicial aquí | Tutor legal del menor |
| Inicial aquí | Custodio o representante legal |
| Inicial aquí | Otro: |

1. Solo para el uso del personal de Registros Médicos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Approval to Disclose | □ YES | □ NO  If no, state reason: |
| Medical Records staff name |  | |
| Approving clinician or provider signature and date, if applicable |  | |
| Medical Records staff sign and date |  | |