



R10010



SAN MATEO COUNTY HEALTH
All together better.

SAN MATEO COUNTY HEALTH

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN VERBAL O ESCRITA DE INFORMACIÓN DE SALUD

SU INFORMACIÓN

Apellido/Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código postal:
Número de expediente médico:	Otra identificación del paciente:

AUTORIZACIÓN

POR LA PRESENTE AUTORIZO: (Parte que libera la información)	REVELARLE A: (Parte que recibe la información)
Nombre:	Nombre:
Función/Relación:	Función/Relación:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Fax:	Fax:

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR

Proporcione una descripción detallada de la información específica que se va a divulgar.

<input type="checkbox"/> Todas las fechas O Escriba el rango de fechas en que se va a divulgar la información: del _____ (fecha) al _____ (fecha)
<i>Seleccione la OPCIÓN 1 o la OPCIÓN 2 para indicar la información que le gustaría divulgar.</i>
OPCIÓN 1
<input type="checkbox"/> Todo el expediente, incluida toda la información de salud médica y mental, de alcohol y drogas, y de VIH/SIDA (esto incluye la divulgación de toda la información a continuación).

(Continúa en la segunda página)



R10010



SAN MATEO COUNTY HEALTH

All together better.

OPCIÓN 2

Marque cada tipo de información confidencial que autoriza divulgar:

Información general

- Información demográfica
- Análisis con mi médico sobre mis cuidados
- Hacer citas médicas por mí
- Información financiera
- Ver mi información de paciente
- Mi estatus general en un programa, incluidas las metas, servicios que recibo y cómo apoyar mi progreso

Información médica

- Cualquier información médica relacionada con mis cuidados

O BIEN

Únicamente la siguiente información médica (marcar todas las que apliquen):

- Medicamentos
- Evaluaciones
- Planes y recomendaciones de tratamiento
- Informe de alta médica
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Resultados de pruebas de VIH/SIDA
- Información dental

Información sobre alcohol y drogas específicas (no incluye notas de psicoterapia)

Únicamente la siguiente información sobre alcohol y drogas específicas (marcar todas las que apliquen):

- Medicamentos
- Evaluaciones
- Diagnósticos
- Planes y recomendaciones de tratamiento
- Alta médica
- Resumen de resultados de pruebas de laboratorio

Información sobre salud mental (no incluye notas de psicoterapia)

Únicamente la siguiente información de salud mental (marcar todas las que apliquen):

- Medicamentos
- Evaluaciones
- Diagnósticos
- Planes y recomendaciones de tratamiento
- Alta médica
- Resumen de resultados de pruebas de laboratorio

Únicamente la siguiente información/otra información (especifique a continuación):

PROPÓSITO

El propósito y las limitaciones (si existen) del uso o divulgación solicitados son:

Solicitud del paciente **U**

Otra: _____

Esta autorización para la divulgación de la información antes descrita a la(s) persona(s) u organización(es) mencionadas entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma, salvo que se especifique una fecha diferente.

Escriba aquí el rango de fechas si será menor de un año:

Durante el siguiente periodo de tiempo: del _____(fecha) al _____(fecha)



R10010



**SAN MATEO
COUNTY HEALTH**

All together better.

Comprendo que: autorizo el uso o divulgación de mi información individualmente identificable de salud, tal como se describe antes para los propósitos señalados. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento si me comunico por escrito con la oficina del SMCHS que preparó mis registros. La autorización perderá validez en la fecha en que se reciba por escrito una solicitud válida de cancelación de mi parte. En el caso de programas de abuso de sustancias federalmente asistidos y de registros sujetos a la Ley Lanterman Petris Short (LPS) se deberá aceptar una cancelación verbal. Si decido cancelar mi autorización, el Aviso de prácticas de privacidad me provee instrucciones, así como limitantes para mi cancelación. Mi tratamiento, pago e inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización y de obtener información sobre las divulgaciones que se hagan de acuerdo con esta autorización.

Es posible que se hagan cargos razonables para cubrir los costos de copiado y envío. De acuerdo con la legislación de California, quien reciba mi información médica tiene prohibido divulgar de nuevo la información, salvo que cuente con una autorización por escrito o que lo haga de una forma en que lo exija o lo permita específicamente la ley. Si la organización o persona que autoricé para que recibiera la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información que se divulgó ya no cuente con la protección de los reglamentos de privacidad federal.

Nombre impreso del cliente/Paciente/Representante autorizado

Firma

Fecha/Hora

Si lo firma alguien que no sea el paciente o cliente,
incluir el nombre y la relación

Lengua materna del
paciente o cliente

Nombre del intérprete
(si aplica)

Número del intérprete
(si aplica)