

CONDADO DE TUOLUMNE

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por el presente documento, autorizo la utilización o divulgación de la información médica de la persona mencionada según se describe a continuación.

FECHA:
--------

**PACIENTE/RESIDENTE/CLIENTE**

APELLIDO:		NOMBRE:	INICIAL 2.º NOMBRE:
DIRECCIÓN:		CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:	ALIAS:	N.º SS:	FECHA DE NACIMIENTO:

**LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN ESTÁ AUTORIZADA A DIVULGAR LA INFORMACIÓN.**

APELLIDO O ENTIDAD:	NOMBRE:	INICIAL 2.º NOMBRE:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA:	

**ESTA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A Y SER UTILIZADA POR LA SIGUIENTE PERSONA U ORGANIZACIÓN.**

APELLIDO O ENTIDAD:	NOMBRE:	INICIAL 2.º NOMBRE:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA:	
FECHAS DE TRATAMIENTO:	PROPÓSITO DE LA SOLICITUD: <input type="checkbox"/> A PEDIDO DE LA PERSONA.	

**SE DIVULGARÁ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: (POR FAVOR, INDIQUE)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos                               | <input type="checkbox"/> Órdenes médicas   |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta  | <input type="checkbox"/> Registros farmacéuticos                                   |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso  | <input type="checkbox"/> Registros de vacunación                                   |
| <input type="checkbox"/> Registros de medicación                                    | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería                                       |
| <input type="checkbox"/> Interpretación de imágenes: radiografías, ecografías, etc. | <input type="checkbox"/> Registros de facturación                                  |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                                  | <input type="checkbox"/> Registros de rehabilitación por consumo de drogas/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Registros dentales   | <input type="checkbox"/> Registro completo   |
| <input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos, incluidas las consultas           | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Describir</i> )                                 |

**Información Confidencial:** Entiendo que mi registro puede incluir información sobre enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir datos sobre servicios de salud mental o comportamiento, o tratamientos relacionados con el consumo de drogas y alcohol.

**Derecho de Revocación:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que, si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo asimismo que la revocación no se aplicará a la información ya divulgada de acuerdo con la presente autorización.

**Vencimiento:** A menos que sea revocada, esta autorización caducará en el siguiente día, suceso o condición:

---

Si no especifico una fecha, suceso o condición de vencimiento, esta autorización caducará en un (1) año calendario a partir de la fecha de firma.

**Divulgación Posterior:** Entiendo que, si autoricé la divulgación de mi información médica a alguien que no tiene la obligación legal de mantenerla confidencial, dicha información podrá divulgarse posteriormente y ya no gozará de protección. En general, la legislación de California prohíbe a quienes reciben mi información médica divulgarla, a menos que cuenten con mi autorización por escrito o según lo permita o requiera específicamente la ley.

**Otros Derechos:** Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para recibir tratamiento. No obstante, si se requiere esta autorización para participar en un estudio de investigación, mi inscripción en dicho estudio puede ser denegada.

Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar una copia de la información a utilizar o divulgar, de acuerdo con lo establecido en la sección 164.524 del Código de Regulaciones Federales 45.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Quiero recibir una copia de esta autorización.

Sí     No

**FIRMA DE LA PERSONA O DEL REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA:

FECHA:

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, INDICAR RELACIÓN CON LA PERSONA:

---

**PARA USO DE LA OFICINA**

**VALIDAR IDENTIFICACIÓN**

FIRMA DEL EMPLEADO:

FECHA: