

Colocar aquí la etiqueta del paciente

**Formulario de divulgación de registros
Autorización para uso o divulgación de información médica**

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud identificable individualmente, tal como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California relativas a la privacidad de dicha información. El incumplimiento de la obligación de facilitar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

AUTORIZACIÓN: Por el presente autorizo a:

Children's Primary Care Medical Group

3880 Murphy Canyon Road, Suite 200

San Diego, CA 92123

Teléfono: (858) 502-1125 Fax: (858) 573-0364 @: cpcmghim@rchsd.org

entregar a (nombre y dirección del destinatario)

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

historiales médicos e información relativa al historial médico, el estado mental o físico, los servicios prestados o el tratamiento recibido:

_____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historial médico: _____
(Apellido, Nombre) (si lo conoce)

INFORMACIÓN QUE DEBE DARSE A CONOCER:

- Inmunización Resultados laboratorio Visitas de oficina Tablas de crecimiento
 Resultados Genéticos Otras _____

FECHA(s) DE TRATAMIENTO: De: _____ A: _____

OBJETIVO: La información facilitada se utilizará para lo siguiente

- Atención continuada/Nuevo proveedor Personal Escuela Asuntos Legales

DURACIÓN: La presente autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente durante 12 meses a partir de la fecha de su firma.

FIRMA: _____ **HORA:** _____ **FECHA:** _____
(Paciente, padre, madre o tutor legal)

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Testigo: _____ Identificación verificada y escaneada _____ **Página 1 de 2**

COMPRENDO que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o mi representante legal y entregada a Children’s Primary Care Medical Group.

Mi revocación entrará en vigor al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. No se me exigirá firmar esta autorización como condición para obtener un tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios.

La ley de California prohíbe-al solicitante la divulgación de información médica solicitante obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea a menos que el específicamente requerida o permitida por la ley.

Opciones de entrega:

DIVULGACIÓN DE REGISTROS:

- Memoria USB Documento impreso (Pueden aplicarse cargos si se superan las 100 páginas)

LOS REGISTROS SE DEBEN: Enviar por correo A través del portal de MyChart

Retener para recoger en clínica/ Lugar de recogida: _____

Recogido por: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Completar en el momento de la recogida

Autorización especial		
<p>Autorizo específicamente la divulgación de (Marque todo lo que corresponda):</p> <p> <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tratamiento psicológico/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Salud reproductiva/ETS/ITS </p> <p>Entiendo que estoy autorizando la divulgación de información sensible/confidencial.</p> <p><i>Los pacientes de 12 a 17 años deben firmar a continuación para divulgar los registros confidenciales*.</i></p>		
Firma	Hora	Fecha