

Colocar aquí la etiqueta del paciente

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

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o el uso de información médica que lo puede identificar, como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes de California y federales sobre la privacidad de dicha información. Si no suministra toda la información solicitada, esta autorización puede ser anulada.

AUTORIZACIÓN: Por el presente autorizo a

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____

N.º de fax: _____

a suministrar a (nombre y dirección del receptor)

Children's Primary Care Medical Group

3880 Murphy Canyon Road, Suite 200

San Diego, CA 92123

Teléfono: (858) 502-1125 Fax: (858) 573-0364

historias clínicas e información relacionada con los antecedentes médicos, la afección física o mental, los servicios prestados o el tratamiento correspondientes a:

_____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historia clínica: _____

(Nombre y apellido en letra de imprenta)

Información que se divulgará:

USOS: Esta información suministrada se utilizará para los siguientes propósitos: _____

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente durante 12 meses desde la fecha en que se haya firmado.

FIRMA: _____ **HORA:** _____ **FECHA:** _____

(Paciente, padre, madre o tutor legal)

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

Testigo: _____ Identificación verificada: _____ Página 1 de 2

Página 2 de 2

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

Mi revocación entrará en vigencia desde el momento en que se reciba, 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 solicitará que firme esta autorización como condición para recibir un tratamiento o un pago, o elegibilidad para beneficios.

La ley de California prohíbe que el solicitante continúe divulgando esta información médica a menos que el solicitante obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea exigida o permitida específicamente por la ley.

Opciones de entrega:

DIVULGACIÓN DE REGISTROS EN:

- Unidad Flash
- Papel (se aplicara una (se aplicara una cuota por más de 100 páginas)

LOS REGISTROS SE DEBEN:

- Enviar por correo
- A través del portal de MyChart

Conservar hasta que los retiren en la institución/el lugar de retiro: _____

Los retirará: _____ Hora: _____ Fecha: _____

*** Tenga presente que las copias de los registros pueden tener cargo.**

Para obtener una traducción, consulte al equipo de recepción.

Autorización especial

Autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan):

- _____ Pruebas de VIH/SIDA
- _____ Tratamiento psicológico/psiquiátrico
- _____ Abuso de drogas o alcohol
- _____ Salud reproductiva

Comprendo que estoy autorizando la divulgación de información confidencial o delicada.

Si el/la paciente es mayor de 12 años, el/la paciente tiene que firmar abajo.

Firma

Hora

Fecha