

Autorización para el uso o la divulgación de información médica
Si no suministra toda la información solicitada, podría invalidarse esta autorización
****Se requiere una identificación legal adecuada****

Autorización para: Copias de información médica Física (Papel) Electrónica Otra (especificar) _____

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ MRN: _____ (Apellido) (Inicial del segundo nombre) (Nombre) Fecha de nacimiento: (____/____/____) Teléfono: (____)____-____ Correo electrónico: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____																					
Formulario de solicitud Divulgación	<p>Por la presente, autorizo al Centro médico de Pomona Valley Hospital a divulgar/solicitar información médica</p> Divulgar a: _____ Formulario de solicitud: _____ Persona/ Organización: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: (____)____-____ Fax: (____)____-____	Propósito	<p>Para lo siguiente:</p> ___ Atención continua ___ Seguro ___ Legal ___ Uso personal ___ Otro: _____ _____ _____																			
Información divulgada	<p>Fechas de tratamiento: _____</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro de facturación</td> <td><input type="checkbox"/> Informe operativo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de cardiología</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de consulta</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen de alta</td> <td><input type="checkbox"/> Informe de paciente ambulatorio/clínico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Informe de patología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historia e informe físico</td> <td><input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <small>(Especificar fecha y hora)</small></td> <td><input type="checkbox"/> Informe de radiología <small>(Agregar la fecha arriba)</small></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Registro médico completo</p> <p>Las leyes estatales/federales requieren una autorización específica para divulgar los siguientes tipos de información:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Salud mental</td> <td><input type="checkbox"/> Resultados de prueba de VIH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas</td> <td></td> </tr> </table> <p>Se requiere una autorización separada para notas de psicoterapia.</p>		<input type="checkbox"/> Registro de facturación	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Informe de cardiología	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Informe de consulta		<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informe de paciente ambulatorio/clínico	<input type="checkbox"/> Informe de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Historia e informe físico	<input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología	<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <small>(Especificar fecha y hora)</small>	<input type="checkbox"/> Informe de radiología <small>(Agregar la fecha arriba)</small>	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de VIH	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas		Tarífas	<p align="center">Según los artículos 1560–1567 del Código de Evidencias de California, pueden cobrarse tarifas por copias de registros médicos.</p>
<input type="checkbox"/> Registro de facturación	<input type="checkbox"/> Informe operativo																					
<input type="checkbox"/> Informe de cardiología	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____																					
<input type="checkbox"/> Informe de consulta																						
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informe de paciente ambulatorio/clínico																					
<input type="checkbox"/> Informe de emergencia	<input type="checkbox"/> Informe de patología																					
<input type="checkbox"/> Historia e informe físico	<input type="checkbox"/> CD de imágenes de radiología																					
<input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <small>(Especificar fecha y hora)</small>	<input type="checkbox"/> Informe de radiología <small>(Agregar la fecha arriba)</small>																					
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de VIH																					
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas																						



Instrucciones de entrega	<input type="checkbox"/> Enviar registros directamente a la persona u organización que se especifica <input type="checkbox"/> Llamar al Solicitante cuando los registros estén listos para su recolección Autorizo a _____ para recolectar mis copias de Información médica. Relación con el paciente: _____ La persona autorizada debe tener una identificación legal <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Aviso de derechos	Entiendo que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Si me niego a firmar esta autorización no se afectará mi capacidad para recibir tratamiento. 2. Puedo examinar u obtener una copia de la información médica para la cual solicitan mi autorización para su uso o divulgación. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y el documento debe estar firmado por mí o en mi nombre, y debe ser enviado a: Pomona Valley Hospital Medical Center, ATTN: Health Information Management Department, 1798 N. Garey Ave. Pomona. CA 91767. 4. Si revoco esta autorización, la misma no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir dicha revocación. 5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. 6. La información divulgada según esta autorización puede volver a ser divulgada por el receptor y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica siga divulgándola a menos que obtenga otra autorización mía para tal divulgación o que esta sea específicamente exigida o permitida por la ley.
Vencimiento	Sin mi revocación escrita, esta autorización vencerá automáticamente al completarse la divulgación, pero en cualquier caso vencerá 180 días después de la fecha de la presente, a menos que se especifique lo contrario: _____
Firma	Firma: _____ Fecha: _____ <i>(Paciente, Poder para atención médica o representante legal)</i> Nombre en letra de molde: _____ Relación con el representante legal: _____
Solo ROI	Firma del divulgador: _____ Fecha: _____ Nombre en letra de molde: _____ <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> No autorizado <input type="checkbox"/> Paciente no encontrado <input type="checkbox"/> Otro: _____

Health Information Management Department
 Release of Information
 1798 N. Garey Ave. Pomona CA 91767
 Tel.: 909-865-9142
 Fax: 909-469-2141
[Email: group.him.roi@pvhmc.org](mailto:group.him.roi@pvhmc.org)



**AUTHORIZATION TO USE/DISCLOSE
 HEALTH INFORMATION (SPANISH)**
 Page 2 of 2



HIM004

34464_p2
 (2/21)