



Al completar este documento, autoriza el uso y la divulgación de la información sobre su salud. Si no suministra toda la información solicitada, se puede invalidar esta autorización.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social: XXX-XX-_____

La siguiente persona u organización está autorizada para recibir o revisar la historia clínica del paciente indicado arriba. Entiendo que puede haber circunstancias que permitirían al hospital recibir un pago a cambio de la divulgación de la información solicitada en esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Por medio del presente documento, autorizo al Centro médico de Pomona Valley Hospital a divulgar a:

(Personas/Organizaciones autorizadas para recibir la información)

(Dirección: calle, ciudad, estado, código postal, número de teléfono)

la siguiente información (incluidas las fechas):

- Informe(s) del médico
- Informes o imágenes de radiología
- Informes de laboratorio o patología
- Terapia física
- Estudios de neurología o del sueño
- Cardiología
- Otra: Describa _____

Especifique las fechas de tratamiento: _____

Entiendo que la información contenida en mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), el SIDA o el VIH. Además, puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Iniciales obligatorias _____

b. Autorizo específicamente a divulgar la siguiente información (marque según corresponda):

- Información sobre tratamientos de salud mental (iniciales) _____
- Resultado de pruebas de detección del VIH (iniciales) _____
- Información sobre tratamiento por abuso de alcohol o drogas (iniciales) _____

PROPÓSITO

Propósito del uso o la divulgación solicitados: Solicitud personal Otro:

Especifique _____

Limitaciones, de haber alguna: _____

Esta autorización vence en la siguiente fecha o acontecimiento: _____

MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi capacidad para recibir un tratamiento o pago, o mi elegibilidad para los beneficios.
- Puedo examinar u obtener una copia de la información de salud para la cual solicitan mi autorización para el uso o la divulgación.
- 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.
- Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, salvo en la medida en que el hospital u otros hayan actuado basándose en esta autorización. Para obtener más información, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del hospital.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Reconozco que esta autorización estaba completa en su totalidad cuando la firmé.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el receptor. Tal divulgación está, en algunos casos, permitida por la ley de California, 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 de salud siga divulgándola a menos que obtenga otra autorización mía para tal divulgación o que esta sea específicamente exigida o permitida por la ley.

FIRMA

Fecha: _____ Firma: _____
(Paciente/representante legal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Representante legal; incluya documentación de respaldo)

Si la persona que firma no es el paciente, indique el parentesco: _____

Verificado por: _____ Fecha: _____ Identificación verificada: Sí No