

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud

(Authorization for Use or Disclosure of Health Information)



Nombre del paciente _____ Fecha de Nac. _____ MR# _____ Bill # _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono(s) _____ Correo Electrónico _____

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud identificable individualmente, según se explica más abajo, de acuerdo con las leyes federales y de California relativas a la privacidad de dicha información.

El no aportar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Aviso DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Entiendo que esta autorización es voluntaria, que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi expediente médico se divulga a mi solicitud para el uso de la Entidad en tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Mi revocación será válida desde su recepción, pero no producirá efectos en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado amparándose en esta autorización. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad ofrece instrucciones en caso de que yo decidiera revocar mi autorización.
- Ni el tratamiento, ni el pago, ni la inscripción ni la elegibilidad para beneficios estarán condicionados por mi concesión o negativa a conceder esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario, y es posible que ya no tenga la protección de las leyes federales sobre confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben a las personas que reciban mi información médica volver a divulgarla a menos que se obtenga de mí otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación la exijan o permitan específicamente las leyes.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me está solicitando para ser usada o divulgada.
- Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá remuneración por el uso o divulgación de mi información.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación ha de ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y debe entregarse a: **Community Memorial Healthcare, Health Information Department, 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003.**
- Entiendo que tengo derecho a escoger la forma en que se ha de proporcionar/recibir mi información de salud.
 - Por favor, escoja un modo de entrega (escoja solo una opción)
 - 1. Correo (a la dirección que figura más adelante) Papel CD Memoria USB (el archivo electrónico será en formato "pdf")
 - 2. Correo electrónico seguro a (receptor que figura más abajo) _____
 - 3. Envío de registros por fax al (Fax # del receptor. Ejemplo: paciente o representante legal) _____
 - 4. En persona Papel CD Memoria USB
 - Por favor, tenga en cuenta que con el uso del fax o correo electrónico seguro, existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda leer o acceder de otro modo a su información de salud solicitada mientras está en tránsito.
 - Según la política y el procedimiento de Community Memorial Healthcare, puede que se apliquen gastos según tabla de gastos.
- Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización (Cód. Civil, § 56.12). Según la política y el procedimiento de Community Memorial Healthcare, puede que se solicite identificación para comprobar la identidad del paciente, cónyuge o representante designado.

Por la presente, autorizo a Community Memorial Hospital(s) Ventura Ojai Centro(s) de Community Memorial Healthcare/Ubicación de Servicios (Por favor, especifique ubicación(es)): _____ a divulgar la información de salud que se documenta en esta autorización a:

(PERSONA(S) / ORGANIZACIONE(S) AUTORIZADA(S) A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

LGL801



POR FAVOR, CONSULTE MÁS INFORMACIÓN AL DORSO.

Community Memorial Healthcare · #0018321 · 11/07/24 · Commander Powered by Proforma

Esta autorización se aplica a la información siguiente (seleccione de lo siguiente)

- Exp. médico completo Consult. / H&P Resultados prueba VIH – iniciales del paciente o representante legal _____
 Laboratorio Informe Operativo Factura desglosada Informe al darle de alta Expediente de sala de urgencias
 Informe de rayosX Informe de patología Imágenes de Rayos X en CD (imágenes obtenidas en radiología)
 Notas de progresos Notas en expediente Órdenes de médicos
 Enfermedades de transmisión sexual - iniciales del paciente o representante legal _____
 Tratamiento alcohol/drogas–iniciales del paciente o representante legal _____

Los registros de trastornos y abuso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad y los trastornos por uso de sustancias. Los registros de pacientes (42 CFR, Parte 2) no se pueden divulgar sin mi consentimiento pro escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Doy permiso específicamente para compartir información en mi registro sobre el tratamiento de alcohol o drogas como se establece anteriormente y entiendo que en algunos casos, se debe incluir un aviso requerido con esta información compartida que prohíbe una nueva divulgación a menos que la ley autorice lo contrario. Entiendo que puedo revocar verbalmente esta Autorización en lo que se refiere a registros de abuso de alcohol o sustancias. Tras mi solicitud pro escrito, la Entidad proporcionará un lista de entidades a las que se ha divulgado mi información.

_____ (iniciales del paciente o representante legal) autorizo la divulgación de mi información de salud relacionada con servicios de salud reproductiva, incluyendo, aunque sin limitarse a ello, aborto y servicios relacionados con aborto, salud sexual, salud reproductiva, anticoncepción, atención de afirmación de género, ciclo menstrual, fertilidad, embarazo, resultado de embarazo, planes de concebir y tipo de actividad sexual, a cualquier individuo o entidad dentro del Estado de California. CA. AB352

_____ (iniciales del paciente o representante legal) autorizo la divulgación de mi información de salud reproductiva, incluyendo los servicios antes enumerados, fuera del Estado de California. CA. AB352

- Puede que sea necesaria una certificación válida en ciertas circunstancias para la divulgación de información protegida de salud reproductiva.

Otros _____

Información de salud mental: debe usarse la autorización de información de salud mental

Fechas de servicio solicitada(s) _____

FINALIDAD

Descripción de cada finalidad de la solicitud de uso o divulgación _____

CADUCIDAD

Esta autorización caduca el (inserte fecha) _____

· Esta autorización caduca en un (1) año desde la fecha de firma al calce, si no se inserta fecha de caducidad arriba.

FIRMA

Si quien firma es una persona distinta del paciente, indique su relación legal _____

Si es el representante legal del paciente, por favor, aporte documentación de respaldo, como poder legal, acta de defunción, orden judicial o directivas anticipadas. Si el paciente ha fallecido, prueba de custodia, tutela u orden judicial.

Paciente/cónyuge/representante legal designado

Nombre con letra de imprenta _____

Firma _____ Fecha _____ Hora _____ AM / PM

Sólo para Uso de Oficina

Comprobada identificación

Representante del hospital que procesa la solicitud _____ Fecha _____

Community Memorial Healthcare ~ Medical Records/Health Information Department 147 North Brent Street, Ventura, CA 93003
Teléfono 805-948-5047 ROlrequests@cmhshealth.org Fax 805-652-5649

Community Memorial Hospital-Ojai ~ Medical Records/Health Information Department ~ 1306 Maricopa Hwy, Ojai, CA 93023
Teléfono 805-640-2215 Fax 805-640-1649

Community Memorial Health Centers ~ Medical Records/Health Information Department

Por favor, utilice la información de contacto anterior de Community Memorial Healthcare.

LGL801

