

# Autorización para Uso o Divulgación de Información de Salud Mental (Authorization for Use or Disclosure of Mental Health Information)



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ Factura # \_\_\_\_\_  
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.
- 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)
    - Correo (a la dirección que figura más adelante):  Papel  CD  
 Memoria USB (el archivo electrónico será en formato "pdf")
    - Correo electrónico seguro a (correo electrónico del receptor que figura más abajo) \_\_\_\_\_
    - Envío de registros por fax al (Fax # del receptor. Ejemplo: paciente o representante legal) \_\_\_\_\_
    - 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 \_\_\_\_\_

LGL813



**POR FAVOR, CONSULTE MÁS INFORMACIÓN AL DORSO.**

Esta autorización se aplica a información de salud mental para la(s) fechas de visita de servicio/encuentro(s) enumerados a continuación.

Documentado por el residente/profesional de salud mental a cargo o profesional de salud mental que asiste.

Fecha(s) de visita(s) servicio/encuentro(s) \_\_\_\_\_

Residente o profesional/(es) clínico(s) que trata(n) \_\_\_\_\_

Profesional(es) que asiste(n) \_\_\_\_\_

Información de salud mental solicitada  Notas de salud del comportamiento

Si se deniega una copia o el acceso, se notificará por escrito al paciente o su representante legal.

**Solo para Uso de Oficina**

**Aprobado**  Si  No

**Nombre del médico/dirección designada de salud mental con letra de imprenta** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_ **AM / PM**

**FINALIDAD**

Descripción de cada finalidad de la solicitud de uso o divulgación \_\_\_\_\_

**CADUCIDAD**

Esta es una autorización de un solo uso sobre salud mental, y no podrá utilizarse para ninguna fecha de servicio más allá de la fecha de esta autorización.

**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-Ventura ~ 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 Healthcare-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.*

*Teléfono 805-948-5047 Fax 805-652-5649*

LGL813

