



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS E INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS, AUTORIZAR REGISTROS PARA ENVIARLOS A OTRA PERSONA O ENTIDAD, O PARA AUTORIZAR UN INTERCAMBIO VERBAL DE INFORMACIÓN. NO SE PROCESARÁN LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS O INVÁLIDOS. SI DESEA VER O REVISAR SUS REGISTROS, UTILICE EL REGISTRO DE "SOLICITUD DE ACCESO".

**1. AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)**

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
ALIAS:		
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

<b>2. ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN? NOMBRE DE PERSONAS U ORGANIZACIONES.</b>	<b>3. ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA RECIBIR SU INFORMACIÓN? NOMBRE DE PERSONAS U ORGANIZACIONES.</b>	<b>4. ¿Intercambio bidireccional de información?</b>	
NOMBRE(S) (Y RELACIÓN, SI CORRESPONDE):	NOMBRE(S) (Y RELACIÓN, SI CORRESPONDE):	Sí <input type="checkbox"/>	Inicial aquí
		No <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN Y / O NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN Y / O NÚMERO DE TELÉFONO:		
NÚMERO DE FAX:	NÚMERO DE FAX:		

**5. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: INDIQUE CON SUS INICIALES EL MOTIVO DE LA SOLICITUD. ESTA PARTE DEL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADA.**

Inicial aquí	Tratamiento o consulta	Inicial aquí	Solicitud del paciente
Inicial aquí	Otro:		

**6. RANGO DE FECHAS DE LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS**

Indique el periodo de registros que solicita. Los registros cubiertos por esta divulgación incluyen solamente los registros creados durante el periodo de (fecha) \_\_\_\_\_ al (fecha) \_\_\_\_\_. Si no se especifica ninguna fecha solo se proveerá un año de registros.

**7. MARQUE CON SUS INICIALES LOS ELEMENTOS QUE SOLICITA SEAN DIVULGADOS. SOLO SE DIVULGARÁN LOS ARCHIVOS FIRMADOS CON SUS INICIALES.**

<b>REGISTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>		<b>REGISTROS DE SALUD MENTAL</b>	
Inicial aquí	Historia clínica y examen físico	Inicial aquí	Diagnóstico
Inicial aquí	Resultados de laboratorio	Inicial aquí	Evaluaciones
Inicial aquí	Notas de progreso	Inicial aquí	Evaluaciones psiquiátricas
Inicial aquí	Informes radiográficos/de imágenes	Inicial aquí	Resultados de pruebas psicológicas
Inicial aquí	Registros de facturación	Inicial aquí	Notas de progreso
Inicial aquí	Registros odontológicos	Inicial aquí	Consultas
Inicial aquí	SOLO registros de vacunación	Inicial aquí	Resultados de laboratorio
Inicial aquí	Registros de salud conductual/Registros del asistente social clínico licenciado	Inicial aquí	Medicamentos
Inicial aquí	Resultados de análisis de VIH y de anticuerpos de VIH	<b>OTROS REGISTROS</b>	
Inicial aquí	Notas de consulta	Inicial aquí	OTRO:
		Inicial aquí	OTRO:

**8. MIS DERECHOS**

Puedo negarme a firmar esta autorización. No afectará mi capacidad para recibir tratamiento.

- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, enviando mi revocación a la siguiente dirección:

**Para registros odontológicos y de asistencia primaria:**  
**ATTN: Medical Records Unit**  
**2101 Courage Drive, MS 10-150**  
**Fairfield, CA 94533**  
**Tel: (707) 784-2048**  
**Fax: (707) 784-1494**

**Para registros de salud mental:**  
**ATTN: Central Medical Records**  
**2101 Courage Drive, MS 10-300**  
**Fairfield, CA 94533**  
**Tel: (707) 784-2110**  
**Fax: (707) 425-4072**

- La revocación será vigente desde su recepción, excepto por los registros que ya hayan sido divulgados.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se me ofrecerá una copia.
- Puedo revisar o recibir una copia de la información de salud que se me está solicitando usar y / o divulgar.
- La información divulgada mediante esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Esta nueva divulgación está permitida en algunos casos y puede que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales.
- En algunos casos se pueden negar la solicitud de los registros. Si quiere apelar a una denegación de registros, puede hacer una solicitud por escrito al director médico en asistencia primaria o en salud conductual pertinente en la Unidad de Registros Médicos adecuada.

9. Una autorización general para la divulgación de registros médicos NO es suficiente para publicar registros de alcoholismo o drogadicción. Tales registros están protegidos al amparo de las normas federales que rigen la Confidencialidad de los Registros del Paciente Relativo a Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR Parte 2, y no pueden divulgarse sin un consentimiento específico por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Los registros protegidos por 42 CFR Parte 2 son administrados para la División de Salud Conductual.

Entiendo que se me puede cobrar un cargo por las copias. Las copias solicitadas para o por un abogado sin fines de lucro que represente a un cliente de Salud y Servicios Sociales no tendrán costo alguno.

10. **Este permiso de divulgación vence el (fecha requerida):** \_\_\_\_\_ (máximo 1 año desde la fecha de la firma).

11. **FIRMA DEL CLIENTE:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

12. **FIRMA DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma una persona que no sea el paciente, indique con sus iniciales la relación en la casilla adecuada y escriba su nombre. Se requiere pruebas en caso de tutela o custodia legal. Presente una copia de prueba para el registro.

Inicial aquí	Padre/madre
Inicial aquí	Tutor legal del menor
Inicial aquí	Custodio o representante legal
Inicial aquí	Otro:

13. Solo para el uso del personal de Registros Médicos:

Approval to Disclose	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
	If no, state reason:	
Medical Records staff name		
Approving clinician or provider signature and date, if applicable		
Medical Records staff sign and date		