



## DISTRITO DEL HOSPITAL TAHOE FOREST



### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud sobre usted. Esta autorización podrá invalidarse si no se proporciona toda la información que se pide.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Expediente Médico (si se conoce): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

#### **La información Será Divulgada Por:**

Nombre del Proveedor / Organización: \_\_\_\_\_

#### **Propósito del Uso o Divulgación:**

Continuidad de servicio – Fecha de la cita con el médico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Paciente     Seguro     Otro: \_\_\_\_\_

#### **Persona / Organización Autorizada Para Recibir Información**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

#### **Información de Salud Requerida (Marque Todos los que Apliquen)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cobros            | <input type="checkbox"/> Informes sala de emergencia     | <input type="checkbox"/> Procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Consultas         | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Progreso       |
| <input type="checkbox"/> Resumen de salida | <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio         | <input type="checkbox"/> Rayos X        |

**Todos los Expedientes**

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Nota:** Los expedientes pueden incluir información relacionada con la salud mental, uso de alcohol/drogas y VIH/SIDA. Sin embargo, los expedientes de tratamiento de los departamentos de *salud mental y/o alcohol/drogas, y/o resultados de análisis de VIH* no serán divulgados a menos que se especifique a continuación.

- Expedientes de Salud Mental
- Expedientes de Alcohol/Drogas
- Expedientes de análisis de VIH

## **Método de Entrega de Expedientes**

Correo       Recoger

Entrega electrónica – Correo-e: \_\_\_\_\_

## **Duración / Revocación / Divulgación**

- La autorización es vigente por un año desde la fecha de la firma de este documento, a menos que se especifique una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_(fecha).
- La autorización puede ser revocada con una petición por escrito, pero la revocación no aplicará a la información divulgada antes de recibida la petición escrita.
- Una copia de esta autorización es tan válida como el original. El suscrito tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

**Aviso:** Una vez que la información de salud se divulga, cualquier divulgación de la información por el destinatario podrá no estar ya protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad Federal de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, *por sus siglas en inglés*).

## **Firma**

El suscrito autoriza al proveedor médico designado a continuación a divulgar información médica especificada a un destinatario designado. El proveedor de servicios médicos no podrá condicionar el tratamiento, pago, registro o elegibilidad por beneficios sobre la entrega de esta autorización.

Firma del Paciente\*: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

\*Si no lo firma el paciente, favor de indicar el parentesco (marque uno si aplica):

- Padre o tutor del paciente menor de edad que no puede autorizar el cuidado médico.
- Guardián o tutor de un paciente incompetente.
- Beneficiario o representante personal de un paciente difunto.

**Puede haber recargos por este servicio.**

## **Para Uso de Oficina Solamente**

Identification verified by (name): \_\_\_\_\_

Verified by (method):  Photo ID     Matching Signature     Other: \_\_\_\_\_