

Autorización para la Divulgación O Intercambio de Información de Salud

Cuando usted complete y firme este formulario, su información médica será compartida como usted lo haya indicado en el formulario.

Sección A: Identificación del Paciente (Requerido)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Sección B: Solicitud de Registros Médicos (Requerido)

Yo SOLICITO que mi expediente médico de la organización indicada a continuación sea enviada a Camino Health Center por medio de:

CORREO: Camino Health Center, Attn: Medical Records, 30300 Camino Capistrano, San Juan Capistrano, CA 92675

FAX: (949) 240-5869, Attn: Medical Records

Yo voy a recoger los expedientes médicos.

Yo AUTORIZO que Camino Health Center provee copias de mis expedientes médicos a la organización indicada a continuación por medio de:

CORREO

FAX

Yo voy a recoger los expedientes médicos.

Persona/Agencia/Organización: _____

Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo estoy pidiendo copias de mis expedientes médicos para mis archivos.

CORREO: _____

Yo voy a recoger los expedientes médicos.

Sección C: Información médica que se divulgará o a la que se accederá

Registro Medico Completo

los registros individuales marcados a continuación:

Resumen del proceso de darle de alta Historial y examen físico Apuntes del progreso

Plan de tratamiento Evaluación psicosocial

Expediente de la sala de emergencias Reportes de laboratorio/patología

Otro (especifique): _____

Acceso o la divulgación de información médica se limita a lo siguiente:

Tipo de información (Especifique la condición médica): _____

De (Fecha) _____ a (Fecha) _____

**** Autorización específica para divulgar los registros sensibles****

Autorización para la Divulgación O Intercambio de Información de Salud

Entiendo que este consentimiento incluyera la divulgación de: (poner sus iniciales)

- _____ Resultado de la prueba para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, en inglés)
_____ Psiquiatría/Salud mental _____ Abuso de alcohol/drogas
_____ Información de las enfermedades de transmisión sexual

El propósito del acceso solicitado o la divulgación de registros identificados en la sección C es la siguiente:

- Pedido del paciente
 Otro: _____

Sección D: Derechos Individuales

1. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica, mientras mantengamos la información en nuestros expedientes, con ciertas excepciones limitadas. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar su información médica. Si se le niega el acceso a sus expedientes, usted puede pedir que esta negación se revise.
2. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que Camino Health Center no pueden condicionar mi tratamiento basándose en si yo firmo o no firmo esta autorización. Entiendo que si he autorizado la divulgación de información a alguien que no tenga la obligación legal de mantener su confidencialidad, esta persona u organización puede volver a divulgarla y la información podría dejar de estar protegida.
3. Entiendo que esta autorización entra en vigencia de inmediato y seguirá estando vigente hasta _____(indique la fecha, pero no más de seis meses luego de la fecha de esta autorización).
4. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Me reservo el derecho de retirar o revocar esta autorización, por escrito y en cualquier momento, excepto en lo que respecta a la información que Camino Health Center ya hayan divulgado.
Para retirar o revocar esta autorización, presente una solicitud por escrito Camino Health Center. Camino Health Center

30300 Camino Capistrano
San Juan Capistrano, CA 92675
Tel: (949) 240-2272
Fax: (949) 240-5869

5. Puede haber cargos asociados con la copia y envío por correo de registros médicos.

Firma del Paciente/Representante del Paciente: _____ Fecha: _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique su relación o parentesco: _____

Si se usaron los servicios de un intérprete:

Firma del intérprete

El nombre en letra de molde

Idioma

Fecha

Hora

Posición/Relación con el Paciente

CAMINO HEALTH CENTER USE ONLY

Completed by: _____ Date: _____