

Número de Historial Clínico: \_\_\_\_\_

## Autorización para el Uso o Divulgación de la Información Médica

Una vez que llene y firme este formulario, compartiremos su información de salud como usted lo indique.

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (REQUERIDO)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN B: PREFERENCIAS PARA DIVULGAR SUS REGISTROS MÉDICOS (Indique dónde enviar o cómo desea recibir sus registros médicos)

Solicito que mis registros médicos sean compartidos y enviados a Camino Health Center via:  Correo O  Fax

Correo: Camino Health Center, Attn: Registros Médicos, 30300 Camino Capistrano, San Juan Capistrano, CA 92675

Fax: (949) 240-5869, Attn: Registros Médicos

Autorizo a Camino Health Center a divulgar mi información médica al centro o individuo que se indica a continuación a través de:

Correo O  Fax OR  Recogeré los registros médicos en persona

Nombre de la persona o consultorio médico: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE COMPARTIRÁ (Indíquenos qué parte de su expediente médico debemos enviar)

Historial Médico Completo  o como se indica específicamente a continuación:

### \*\*AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA DIVULGAR REGISTROS CONFIDENCIALES\*\*

Entiendo que este permiso incluye compartir lo siguiente: (escriba sus iniciales al lado de cada opción)

\_\_\_\_\_ Resultados de la prueba del VIH/SIDA \_\_\_\_\_ Salud psiquiátrica/mental \_\_\_\_\_ Abuso de alcohol y/o drogas

\_\_\_\_\_ Información sobre enfermedades de transmisión sexual

### SECCIÓN D: DERECHOS INDIVIDUALES

1. Entiendo que esta autorización entra en vigencia de inmediato y permanecerá en efecto por tiempo indefinido a menos que se especifique una fecha de vencimiento aquí: \_\_\_\_\_

2. Tengo el derecho de cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto si Camino Health Center ya compartió la información. **Para cancelar esta autorización, envíe una solicitud por escrito a:**

Centro de Salud Camino  
 30300 Camino Capistrano  
 San Juan Capistrano, CA 92675  
 Teléfono: (949) 240-2272  
 Fax: (949) 240-5869

3. Es posible que se cobren cargos por la copia y el envío de los registros médicos.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Si se interpreta: \_\_\_\_\_

Nombre del intérprete (escrito)

Firma del intérprete

Idioma

Fecha

Hora

Posición o relación con el paciente

SOLO PARA USO DE CAMINO HEALTH CENTER

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_