

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento usted autoriza la divulgación o el uso de su información de salud. Esta autorización no tendrá valor si usted no proporciona la información requerida.

EXPLICACIÓN

Se le pide esta autorización para cumplir con los términos del acta de Confidencialidad de Información Medica de 1981, Código Civil Sección 56; y con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 2003.

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento:	SSN:

USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Autorizo a **St. Jude Medical Center** a compartir la información en mi Expediente Medico con:

Nombre/Clinica:		Atención:	
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	FAX:

- Envíe las copias a: (Dirección proporcionada arriba) Yo las recogeré
 Normalmente mandamos copias de papel; marque la caja si quiere un CD (disco compacto)

INFORMACIÓN QUE SERA COMPARTIDA

- Toda la información de salud pertinente a mi historia médica, condición mental o física; o
 Información Pertinente: Resumen de Servicios, Historia clínica y exámenes físicos, Consultas, Reportes Quirúrgicos, Exámenes de Laboratorio, Radiología, EEG, EMG, EKG, Reportes Patológicos. o
 Solo la información siguiente o ciertas partes de la información de salud:

Especifique la fecha o periodo de tiempo en que va a necesitar la información:
--

AUTORIZACIÓN PARA DISEMINAR INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY

Solamente autorizo la diseminación de la siguiente información: (Marque e inicie lo apropiado)

<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de salud mental	Inicie si lo esta solicitando:
<input type="checkbox"/> Resultados del examen del VIH	Inicie si lo esta solicitando:
<input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de Droga o Alcohol	Inicie si lo esta solicitando:

Necesitara una autorización separada para solicitar las notas de psicoterapia.

PROPÓSITO

El propósito por el cual necesita autorizar la divulgación o el uso es:

- Solicitud del Paciente Continuidad de Cuidado Legal
 Seguro de Salud Otro _____

101 E. Valencia Mesa Drive, Fullerton, CA 92835
Phone: 714-992-3940 FAX: 714-992-3098

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

VENCIMIENTO

Esta autorización se vence [escriba fecha]: _____

Esta autorización, si no se especifica una fecha, se vencerá en 6 meses del día en que se firmo.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmarla debo saber que la ley protegerá mi información médica y no se divulgará, y que esto no afectará mi habilidad de recibir tratamiento, ni los pagos, ni la idoneidad para recibir beneficios.

Tengo el derecho de inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se ha pedido para usar o divulgar.

Tengo el derecho de revocar ésta autorización en cualquier momento, pero tendrá que ser por escrito y remitida a la dirección siguiente:

**St. Jude Medical Center
 Health Information Services-Correspondence
 101 E. Valencia Mesa Drive
 Fullerton, CA 92835**

Mi revocación tomara efecto cuando se reciba, con excepción a lo que se haya divulgado antes de recibir su carta y se haya hecho en cumplimiento a lo estipulado en esta autorización.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Una copia fue pedida y recibida:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Iniciales:	Fecha:
-----------------------------	-----------------------------	------------	--------

La información que se divulgue según lo acordado en esta autorización, podrá volver a ser compartida por parte del que la recibe. Tal divulgación, en algunos casos, no esta protegida por la ley de California y no estará protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA).

FIRMA

Firma del Paciente:	Fecha:
Firma del Representante Legal: (Representante del Paciente/Cónyuge/Responsable del Pago)	Fecha:
Si la firma no es del paciente, por favor indique su relación legal y porque tiene la autoridad para actuar por el paciente:	
Firma del Testigo:	Fecha:

**101 E. Valencia Mesa Drive, Fullerton, CA 92835
 Phone: 714-992-3940 FAX: 714-992-3098**