

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Finalización de este documento autoriza la divulgación y/o utilización de la información sanitaria, acerca de usted. Si no se proporciona toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Mail     Recogida de papel/CD     Fax

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de mensaje: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo:    SAN GORGONIO MEMORIAL HOSPITAL  
600 N. Highland Springs Ave.  
Banning, CA 92220  
Phone (951)-845-1121 x6205  
Fax (951)-769-2113

Para liberar a:

\_\_\_\_\_  
Dirección, Calle, Ciudad, Estado, Código postal

La siguiente información:

- Sala de Emergencias     Historia y Física     Informes del Procedimiento  
 Resumen de descarga     Nota de progreso     Informes de rayos X  
 Los informes de las consultas     Pruebas de laboratorio  
 Registros de facturación  
 Fecha(s): \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**FINALIDAD:** este objetivo y limitaciones (si las hay) de la utilización o divulgación es:  Solicitud del Paciente O  Otros: \_\_\_\_\_

Hay una tasa por copia de registros (excepto los registros por correo electrónico a un médico de atención continuada).

Yo en concreto autorizar el envío de la siguiente información (verificar lo que corresponda):

- ( ) Tratamiento de salud mental información
- ( ) Tratamiento por abuso de sustancias los registros
- ( ) Los resultados de la prueba del HIV (Esta autorización divulgación de los resultados de las pruebas de laboratorio).

**Nota:** Los registros pueden incluir información acerca de su estado de VIH incluso si no esta línea inicial.

**CADUCIDAD:** esta autorización expirará automáticamente en el plazo de seis meses, a menos que se indique lo contrario: \_\_\_\_\_

- Me puede negarse a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará a mi capacidad para obtener un tratamiento o el pago o la elegibilidad para los beneficios.
- Me puede revocar esta autorización en cualquier momento, pero tengo que hacerlo por escrito y presentar a la dirección siguiente:  
San Gorgonio Memorial Hospital, 600 Highland Springs Ave, Banning, CA 92220-3090 Attn. Medical Records

Información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser re-revelada por el destinatario. La re-información en algunos casos, no protegidos por la ley de California y ya no puede ser protegido por federal ley de confidencialidad (HIPAA). Si la autorización es para la divulgación de información sobre abuso de sustancias, el destinatario puede ser prohibido revelar la información en 42 C. F. R. parte 2.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del representante personal                      Relación con paciente

Paciente/Representante Identificación se verifica:

Initials: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si el tratamiento para el abuso de sustancias información está protegida por normas de confidencialidad federal (42 C. F. R. , parte 2) el siguiente prohibición de declaraciones que el destinatario de la información. Las leyes federales prohíben de hacer cualquier otra revelación de la información a menos que la divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o de cualquier otra manera permitida por 42 C. F. R. , parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente para este propósito.