

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

1179 North McDowell Blvd., Petaluma, CA 94954

Phone: (707) 559-7500 Fax: (707) 559-7620



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Propósito: ¿Cual es el propósito de la divulgación de información?:

- Paciente solicita archivos para copia propia.
- Paciente solicita copia de archivos para proveer a otro profesional médico que continuará el cuidado médico.
- Paciente autoriza divulgación de información médica a otro persona.

## Divulgación de parte de Petaluma Health Center - Yo autorizo a PHC que divulgue la siguiente información:

- El registro completo (últimos 2 años al menos que se indique diferente) **NO SE INCLUYEN LO SIGUENTE:** que es sujeto a protección de confidencialidad.
  - Permiso para divulgar Informes de Salud Mental/Comportamiento \_\_\_\_\_ (iniciales)
    - Divulgar informes de terapias Psiquiátricas para la continuación de tratamiento. \_\_\_\_\_ (iniciales)
  - Permiso para divulgar tratamiento de drogadicción/alcoholismo \_\_\_\_\_ (iniciales)
  - Permiso para divulgar tratamiento de drogadicción/alcoholismo \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Sólo Informes desde: fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
- Sólo informes de visitas/procedimientos específicos: \_\_\_\_\_
- Yo autorizo divulgación de información de salud a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## Esta Información será revelada a :

Nombre/Doctor/Centro Médico: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Que se divulgue a Petaluma Health Center - Yo autorizo que los mencionados abajo divulguen la siguiente información:

Nombre/Doctor/Centro Médico: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- El registro completo (últimos 2 años al menos que se indica diferente) **NO SE INCLUYEN LO**
  - Permiso para divulgar Informes de Salud Mental/Comportamiento \_\_\_\_\_ (iniciales)
    - Divulgar informes de terapias Psiquiátricas para la continuación de tratamiento. \_\_\_\_\_ (iniciales)
  - Permiso para divulgar tratamiento de drogadicción/alcoholismo \_\_\_\_\_ (iniciales)
  - Permiso para divulgar tratamiento de drogadicción/alcoholismo \_\_\_\_\_ (iniciales)
- Sólo Informes desde: fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_
- Sólo informes de visitas/procedimientos específicos: \_\_\_\_\_

## Esta Información será revelada a :

- Urgente - Por Fax a: (707) 559-7620
- Mail: PHC, 1179 No. McDowell Blvd., Petaluma, CA 94954

Mis Derechos

- Me puedo negar a firmar esta autorización . El negarla no me afectará el tratamiento, pagos o la elegibilidad de beneficios.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que se debe hacer por escrito y dirigirse a la siguiente dirección: Petaluma Health Center, 1179 No. McDowell Blvd., Petaluma, CA 94954.
- La revocación de una Autorización será efectiva en cuanto se reciba, excepto cuando esta ya haya sido autorizada y revelada.
- Se me permite revisar y obtener una copia de la información que estoy autorizando a divulgar.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser revelada por el destinatario. Dicha re-divulgación no puede estar protegido por la Ley de California o por la ley federal de HIPAA, dependiendo de las circunstancias. Confidencialidad de la Ley de información médica (CMIA) prohíbe tal re-divulgación sin una autorización escrita de nuevo excepto como específicamente permitido o requerido por la ley (Código Civil de California subsección 56,13)

Vencimiento:

Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá efectiva desde la fecha o hasta un año después de ser firmada.

Cobros:

Entiendo que se me puede cobrar un cargo razonable hasta 25 centavos (\$. 25) por página de fotocopias. Además, de costos adicionales razonables incurridos por el uso de personal para la producción y cualquier gastos de estampillas necesarios para enviar registros por correo

La oficina, sus empleados, superiores y doctores quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada aquí.

Firma: Si la firma es de Guardián o otra persona indique el parentesco.

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

Date received:

Processed by: