

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN O USO DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE (Nota: se pueden aplicar cargos)

Petaluma
HealthCenter

Nombre del Paciente					
Fecha de Nacimiento		Teléfono			
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Esto autoriza la DIVULGACIÓN de información a	Autorizo al proveedor/persona aquí nombrado de DIVUL la información a				
Petaluma/Rohnert Park Health Center	Nombre				
Enviar Fax a: 707-559-7620	Dirección				
ENVIAR POR CORREO A:	Ciudad				
1179 N McDowell Blvd	Estado		Código		
Petaluma, CA 94954	Teléfono		Fax		

Esta información se puede usar para el siguiente propósito (propósitos): Tratamiento Médico
 Continuidad de Atención Médica

Esto autoriza la divulgación de los siguientes registros

Expediente Médico Completo (desde 1 año anterior a la fecha)

Solo registros de la fecha _____ a la fecha _____

Otra información:

La información que se divulgará será el expediente médico completo de 1 año y cualquier otra información indicada a continuación.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informe de Alta | <input type="checkbox"/> Última Mamografía | <input type="checkbox"/> Notas de Evolución (últimas 3) | Reportes de Patología |
| <input type="checkbox"/> Historial y Físico | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Último Papanicolaou |
| <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Reportes de Rayos-X | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Detección de Cáncer de Colon |
| <input type="checkbox"/> Registros de Urgencias | <input type="checkbox"/> Pruebas EKG/ECG | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Los registros con información sobre el tratamiento de la salud mental/del alcoholismo/de la dependencia del uso de drogas y VIH/SIDA están especialmente protegidos y no se pueden divulgar de Petaluma Health Center a menos que firme a continuación.

- Divulgar Información de la Salud Mental/Conductual
- Divulgar Información sobre el tratamiento por el uso de Drogas
- Divulgar Información sobre VIH/SIDA de Drogas
- Divulgar Notas de Psicoterapia

Firma		Fecha	
-------	--	-------	--

a. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando ya se haya divulgado la información a causa de esta autorización.

b. La información dada a conocer en respuesta a esta autorización puede ser revelada a terceros.

c. Entiendo que mi tratamiento o el pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a mi firma en esta autorización.

Duración: Esta autorización se mantendrá vigente por un año desde la fecha de la firma a menos que se especifique una fecha diferente aquí: _____

42 CFR PART 2

Esta información está protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad. Las reglas federales prohíben la PHC/ RP de hacer cualquier otra revelación de información sobre el tratamiento de drogas y alcohol a menos que una divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.

Firma		Fecha	
Si la firma no es del paciente, imprima su nombre y parentesco con el paciente a continuación:			
Nombre		Parentesco	