

Si no se completan todas las secciones del presente formulario, es probable que se anule la solicitud.

Información del paciente/participante/cliente			
Apellido del paciente:		Teléfono: FDN:	
Nombre del paciente:		Dirección de correo electrónico:	
Entidad o persona a la que se divulga la información de salud protegida (PHI)		Entidad o persona que recibe la información de salud protegida (PHI)	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Código postal:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono:	Fax:	Teléfono:	Fax:

Por la presente, autorizo a AltaMed Health Services Corporation a divulgar información de salud sensible y confidencial a la persona/organización que se menciona arriba.

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

- Uso personal Cambio de médico Investigación legal
 Segunda opinión médica Seguro social por discapacidad Otro: _____

FECHAS DE SERVICIOS:

Desde: ____/____/____ **Hasta:** ____/____/____ **O BIEN** **Todas las fechas de los servicios**

TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGA:

- Notas sobre terapia clínica Notas sobre salud conductual
 Notas sobre psicoterapia Registros sobre abuso de sustancias
 Historial completo de salud conductual para proveedor acreditado de salud conductual
 Historial completo de salud conductual para proveedor no acreditado de salud conductual
 Otro (detalle a continuación): _____



PATIENT LABEL HERE

Autorización para uso y divulgación
Información sensible y confidencial

MEDIO POR EL QUE SE REALIZA LA DIVULGACIÓN:

- Correo electrónico a la dirección que se detalló arriba
- Portal del paciente: MyAltaMed Patient Portal
- Recogida en la clínica por paciente/designado/representante legal
- Fax al número del proveedor que se detalló arriba
- Otro (detalle a continuación): _____

En caso de que la persona que recoja la información no sea el paciente, escribir el nombre de esa persona: _____

VENCIMIENTO: Comprendo que la presente autorización tendrá vigencia hasta:

fecha de vencimiento: ____/____/____ **o acontecimiento:** _____.

En caso de que no se proporcione ninguna fecha de vencimiento, la presente autorización caducará a los seis (6) meses posteriores a la fecha en la que se suscriba.

En caso de que la persona que firme no sea el paciente, indicar parentesco:

- Padre o madre/Tutor
- Representante legal/personal
- Cuidador
- Apoderado notarial de duración indefinida
- Otro (detalle a continuación): _____

Firma del paciente/representante legal

_____/_____/_____
Fecha

Nombre completo en imprenta del testigo

Cargo

Firma del testigo:

_____/_____/_____
Fecha

El testigo debe ser un empleado de AltaMed Health Services Corporation que haya comprobado la identidad del paciente. En caso de que la persona que realice esta solicitud sea el representante legal del paciente, el testigo comprobará sus credenciales (por ejemplo, poder notarial) y archivará copias como prueba en el historial del paciente.



PATIENT LABEL HERE

SOLO PARA USO INTERNO

Yo, médico/psicólogo clínico/psiquiatra/trabajador social clínico acreditado en el estado de California, estoy a cargo del tratamiento de salud conductual del paciente o lo superviso. Como tal,

por la presente: **autorizo** **no autorizo** la divulgación de los registros aquí solicitados.

Motivos por los que no autorizo la divulgación:

- El paciente acordó anteriormente una denegación temporal de acceso a sus registros de salud mental únicamente cuando este (el paciente) forma parte de un proyecto de investigación que incluye tratamiento. Por ende, la divulgación de los registros solicitados en la presente queda prohibida en virtud de un formulario de consentimiento firmado previamente por el paciente. (Proporcionar una copia del formulario de consentimiento firmado).
- El acceso del paciente a sus registros de salud conductual está sujeto a la ley de privacidad definida en el capítulo 5, sección 552a, del Código de los Estados Unidos, o puede ser rechazado en virtud de dicha ley.
- Los registros de salud conductual se obtuvieron de otra persona que no es el proveedor de atención médica de conformidad con una promesa de confidencialidad, por lo que acceder a la información solicitada revelaría la fuente de la información.
- Un proveedor acreditado de salud mental de AltaMed determinó que el acceso al registro solicitado puede poner en peligro la vida o la seguridad física del paciente o de otra persona.
- Los registros de salud conductual hacen referencia a otra persona (a menos que la persona sea un proveedor de atención médica), y un proveedor acreditado de salud mental determinó que la divulgación de los registros solicitados podría causar algún daño al paciente o a otra persona.
- La solicitud de acceso es de parte del representante personal del paciente (lo que excluye al abogado del paciente), y un profesional acreditado de atención médica de AltaMed determinó que otorgar acceso a dicho representante podría causar un daño sustancial a la persona o a otros.



PATIENT LABEL HERE

- El nivel de detalle que se solicita divulgar a la persona/entidad detallada arriba se considera inapropiado porque esta no constituye un proveedor acreditado de salud mental. En lugar de los registros solicitados, el proveedor de salud conductual elaborará un informe resumido con la información que considere apropiado divulgar.

Restricciones para la divulgación. Indique qué entradas no autoriza para su divulgación:

Fecha de la entrada: _____ Tipo de entrada: _____

Indique a qué entidad/persona o representante legal no debe autorizarse la divulgación:

Nombre de la entidad o de la persona: _____

Relación con el paciente: _____

Pautas para la autorización. La divulgación/solicitud se otorgará de la siguiente manera:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se divulgará tal como fue solicitada | <input type="checkbox"/> Se divulgará en su totalidad |
| <input type="checkbox"/> Se divulgará parcialmente | <input type="checkbox"/> Se divulgará en forma limitada |

Firma del proveedor

____/____/____
Fecha



PATIENT LABEL HERE