

# AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN



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:	
<b>Entidad o persona a la que se divulga la información de salud protegida (PHI)</b>		<b>Entidad o persona que recibe la información de salud protegida (PHI)</b>	
Nombre:		Nombre:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Código postal:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono:	Fax:	Teléfono:	Fax:

## OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

- Uso personal     
  Cambio de médico     
  Investigación legal  
 Continuidad de la atención     
  Elegibilidad o beneficios en relación con el seguro     
  Otros: \_\_\_\_\_

## FECHAS DE SERVICIOS:

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

## TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGA:

- Historia clínica     
  Registro de vacunaciones     
  Resultados de laboratorio  
 Historial odontológico     
  Registro de facturación     
  Resultados/imágenes de radiología  
 Historial de obstetricia/ginecología     
  Resultado de prueba de detección del VIH     
  Salud reproductiva  
 Resultado de laboratorio de detección de enfermedades de transmisión sexual     
  Historia clínica completa     
  Otro: \_\_\_\_\_



PATIENT LABEL HERE

# AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN



## MEDIO POR EL QUE SE REALIZA LA DIVULGACIÓN:

- Correo electrónico a la dirección del paciente que se detalló arriba
- Portal del paciente: MyAltaMed Patient Portal
- Otro (detalle a continuación): \_\_\_\_\_
- Copia electrónica cifrada (CD, unidad Flash)
- Recogida por paciente/designado/representante legal

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.

**RESTRICCIONES:** Comprendo que la información que se divulgue en virtud de la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona que la reciba y que, posiblemente, en ese caso, ya no esté protegida por las leyes federales o del estado. La legislación de California prohíbe que el solicitante vuelva a divulgar cualquier información de salud, a menos que dicho solicitante cuente con una nueva autorización por parte del paciente, o a menos que dicha nueva divulgación se requiera o autorice específicamente en virtud de alguna ley.

**DERECHOS DEL PACIENTE:** Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización. AltaMed no afectará mi tratamiento, pago o inscripción a ningún plan de salud, ni mi elegibilidad con respecto a ningún beneficio, teniendo en cuenta si yo autoricé o no la divulgación solicitada, a menos que así se requiera o autorice específicamente por ley.

**CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Usted puede cancelar la presente autorización en cualquier momento. Si así lo deseara, deberá hacerlo por escrito y usted o su representante legal deberán firmar la solicitud y luego enviarla a la siguiente dirección: AltaMed Health Services, Attn: Health Information Management Director, 2040 Camfield Avenue, Commerce, CA 90040. Si tiene alguna duda, inquietud o queja con respecto a la autorización, puede contactarse con el Director de Administración de Información sobre Salud (HIM) a través del teléfono: 323-622-2444.



PATIENT LABEL HERE

# AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN



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): \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN:

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del paciente

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

\_\_\_\_\_  
Firma

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



PATIENT LABEL HERE