

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:		FDN:	Teléfono:
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:

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: _____

MEDIO POR EL QUE SE REALIZA LA DIVULGACIÓN:

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN



- Correo electrónico a la dirección del paciente que se detalló arriba
- Otro (detalle a continuación): _____
- Portal del paciente:
MyAltaMed Patient Portal
- 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.

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

- Padre o madre/Tutor
- Representante legal/personal

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN



Cuidador

Apoderado notarial de duración
indefinida

Otro (detalle a continuación): _____

AUTORIZACIÓN:

Nombre en imprenta del paciente

____/____/____
Fecha

Firma

____/____/____
Fecha