

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

Nombre del cliente: _____
Apellido Primer nombre Iniciales del segundo nombre Personal
Fecha de nacimiento: _____ Registros solicitados por: _____ Doctor
Mes/Día/Año paciente

¿Coordinación de atención solamente? ☐ Sí ☐ No ¿Necesita registros por fax? ☐ Sí ☐ No

Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud identificable individualmente, tal como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California con respecto a la privacidad de dicha información.

Por la presente autorizo a:

NOMBRE DE LA PARTE DIVULGANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

Para que utilice o divulgue la siguiente información de atención médica:

- ☐ _____ (iniciales): Lesiones, enfermedades y condiciones médicas
☐ _____ (iniciales): Información de tratamiento de salud mental
Resultados de la prueba de VIH y/o información sobre el tratamiento de
☐ _____ (iniciales): alcohol /drogas
☐ _____ (iniciales): Notas de psicoterapia
☐ _____ (iniciales): Alcolismo - Otra información sobre el tratamiento de drogadiccion
☐ _____ (iniciales): Otra: _____

Fechas de los servicios brindados: _____

Puede divulgar esta información de atención médica a:

NOMBRE DE LA PARTE RECEPTORA

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

Motivo(s) para esta Autorización (Coloque sus iniciales en todo lo que corresponda):

___ Para informar cuidados y tratamiento ___ Para obtener beneficios por discapacidad del Seguro Social

Esta Autorización vence en un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se estipule lo contrario.

Entiendo que la información puede incluir tratamiento para enfermedades mentales y/o físicas, asesoramiento o tratamiento por abuso de drogas/alcohol, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas de VIH o SIDA.

Mis derechos

- Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocatoria debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre. Mi revocatoria entrará en vigor en el momento de la recepción, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado de conformidad con esta Autorización.
- La ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información de salud divulgarla a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Puedo inspeccionar y copiar cualquier información usada o divulgada bajo esta Autorización. Entiendo que se puede cobrar una tarifa por dichos servicios de copiado.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma

Por la presente, libero a Father Joe's Villages, sus empleados, funcionarios y profesionales de la salud de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida autorizada en este documento.

Sin embargo, la confidencialidad de la información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas está protegida por la ley federal. Se prohíbe la divulgación adicional sin consentimiento por escrito.

Una fotocopia de esta Autorización servirá como el original.

Firma del cliente/paciente/representante

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Relación con el cliente/paciente: _____

Testigo:

Fecha: