

Autorización para el Uso o Divulgación de la Información de Salud
(Authorization for Use or Disclosure of Health Information)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac.: _____ MR#: _____ Bill #: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número(s) de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y/o uso de la información de salud que lo puede identificar en forma individual, como se indica a continuación y de acuerdo con las leyes de California y Federales concernientes con la privacidad de dicha información.

El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

1. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Puedo rehusarme a firmar esta autorización.
3. Mi revocación será efectiva al recibirse, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otros hayan actuado en virtud de esta autorización. Entiendo que la Notificación de la Ley de Privacidad contiene instrucciones en caso de que decidiera revocar mi autorización.
4. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.
5. Ningún tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para obtener beneficios será condicionado a que yo provea o me rehúse a proporcionar esta autorización.
6. La información divulgada de acuerdo con esta autorización podría ser divulgada de nuevo por quien la reciba y puede ya no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la divulgue aún más, a menos que me soliciten otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación se requiera específicamente o sea permitida por la ley.
7. Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que use o divulgue.
8. Si se marca este recuadro , el solicitante recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información.
9. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o a mí nombre y entregada a (sobre con destinatario y franquicia postal): Community Memorial Hospital, Health Information Department, 147 N. Brent Street, Ventura, CA 93003.
10. Entiendo que tengo derecho a escoger como recibir mi informaceón de salud.
 - a. Favor escoja un modo de entrega (escoja una opción):
 - 1. Correo (a la dirección que aparece más a continuación)
 - 2. Correo electrónico seguro a: _____
 - 3. Enviar petición por fax a: _____
 - 4. En persona (solo previa cita)
 - b. Favor escoja un formato (escoja una opción):
 - 1. Papel
 - 2. CD o memoria USB (circule una)
 - 3. Archivo electrónico en formato "pdf"
 - c. Tome en cuenta que con el uso de fax o correo electrónico seguro existe algún nivel de riesgo de que su información de salud solicitada pudiera ser leída en tránsito por un tercero, o accediera a ella de otro modo.

Favor de guardar y abra el archivo con Adobe Acrobat. Quizá no abra en un teléfono inteligente sin Adobe Acrobat instalado. Revise las carpetas de correo no deseado y correo basura cuando busque un correo electrónico de CMHS.

Entiendo que tengo derecho a recibir copia de esta autorización. (Cod. Civ. § 56.12)

Por la presente autorizo a: Community Memorial Hospital Ojai Valley Community Hospital
 Centers for Salud Familiar/Clinicas (especificar ubicación): _____
 Otra entidad: (ejemplo: VCMC o St. John's Medical Center): _____

A divulgar a: _____
(PERSONAS / ORGANIZACIONES AUTORIZADAS A RECIBIR LA INFORMACIÓN)

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



FAVOR DE VER AL REVERSO PARA MAYOR INFORMACIÓN

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione de esta lista):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exp. médico completo | <input type="checkbox"/> Consult. / H&P | <input type="checkbox"/> Result. Prueba VIH |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Tratam. alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Factura desglosada | <input type="checkbox"/> Informe al darle de alta | <input type="checkbox"/> Exp. de la Sala de Urgencias |
| <input type="checkbox"/> Informe de RayosX | <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento de salud mental (permitida por su doctor) | |
| <input type="checkbox"/> Notas progreso | <input type="checkbox"/> Informe de Patología | <input type="checkbox"/> Imágenes de Rayos X en CD |
| <input type="checkbox"/> Órdenes de médicos | <input type="checkbox"/> Notación de expediente | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Es necesaria una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de notas de psicoterapia.

Fechas de servicio solicitada(s): _____

PROPÓSITO

Descripción del cada propósito del uso solicitado o divulgación: _____

EXPIRACIÓN

Esta autorización expira el (anote fecha): _____

Esta Autorización expira un (1) año después de la fecha de la firma a continuación si no se inserta arriba una fecha de vancimiento.

FIRMA

Paciente / Representante / Cónyuge /

Persona o Entidad Responsable Económicamente: _____

Fecha: _____ Hora: _____ A.M. / P.M.

Si la firma es de otra persona que no es el paciente,
indique su relación o parentesco legal: _____

Si es el representante legal del paciente, favor de proporcionar documentación de respaldo como: Poder Legal,
Acta de Defunción si el paciente ya falleció, Tutela o Prueba de custodia.

Se verificó identificación

Por la presente, autorizo a _____ a que recoja mi expediente.

Se verificó identificación (durante las operaciones normales del departamento)

Representante del hospital que procesa la petición: _____

Fecha: _____

*Community Memorial Hospital • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria)
147 N. Brent Street, Ventura, CA 93003
Teléfono 805-948-5047 • Email ROIrequests@cmhshealth.org • Fax 805-652-5649*

*Ojai Valley Community Hospital • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria)
1306 Maricopa Hwy., Ojai, CA 93023
Teléfono 805-640-2215 • Fax 805-640-1649*

*Centers for Family Health • Registros Médicos (Departamento de Información Sanitaria)
Por favor use Community Memorial Hospital información contacto arriba.
Teléfono 805-948-5047 • Fax 805-652-5649*