PIONEERS MEMORIAL HEALTHCARE DISTRICT MRN:_____

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Ó DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Información del paciente			
Nombre del paciente:			También conocido como:
Fecha de nacimiento: / /			Teléfono: ( )
Poseedor del Archivo:			
□ Pioneers Memorial Healthcare District			
Mis expedientes pueden ser entregados a:			
Nombre:			Teléfono: ( )
Dirección:			
Ciudad:	Estado:		Código postal:
Fax:			Correo electrónico:
****Me gustaría recibir la información de salud:**			
□ Por correo	□ En persona	□ Por correo electrónico no protegido	□ Por Fax
*****Si usted ha solicitado que su información de su archivo médico se le envíe por correo electrónico, se le informa que este método no es cien por ciento seguro. Tenga en cuenta que una vez que su información salga del Pioneers Memorial Healthcare District, Pioneers Memorial Healthcare District ya no podrá proteger esa información***			
□ ***Estoy de acuerdo a que me envien mi archivo por correo electrónico y entiendo los riesgos***			
Información que puede ser divulgada:			
Fecha de Servicio:		□ Estancia hospitalaria	□ Emergencía
□ Visita a la clínica	□ Radiología	□ Laboratorio	□ Otro (especifique)
Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial			
□ VIH	□ Salud Mental	□ Tratamiento contra drogadiccion y alcoholismo	
Objetivo y uso de la información:			
□ Atención continua	□ Legal	□ Personal	□ Otro

Entiendo que al firmar esta autorización

● Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal tal y como se describe anteriormente para el fin señalado.

● Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y no afectará la información que ya ha sido utilizada o revelada.

● Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

● Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.

● Yo entiendo que el destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización no podrán utilizar o divulgar las información médica a menos que obtenga otra autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

● A menos que se indique lo contrario, esta autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de la firma.

● Entiendo que puede haber un cobro como es permitido bajo la ley de California por copiar los expedientes médicos

Nombre/Firma del paciente or representante	
Nombre en imprenta:	Fecha:
Firma:	Relación con el Paciente: