

IMPERIAL VALLEY HEALTHCARE DISTRICT (IVHD) DBA PIONEERS MEMORIAL HOSPITAL
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Ó DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Información del paciente		MRN:	
Nombre del paciente:		También conocido como:	
Fecha de nacimiento: / /		Teléfono: ()	
Poseedor del Archivo:			
<input type="checkbox"/> IVHD dba Pioneers Memorial Hospital <input type="checkbox"/> Otra Entidad _____			
Mis expedientes pueden ser entregados a:			
Nombre:		Teléfono: ()	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fax:		Correo electrónico:	
**Me gustaría recibir la información de salud:			
<input type="checkbox"/> Por correo	<input type="checkbox"/> En persona	<input type="checkbox"/> Por correo electrónico no protegido	<input type="checkbox"/> 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 IVHD dba Pioneers Memorial Hospital, IVHD dba Pioneers Memorial Hospital ya no podrá proteger esa información			
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo a que me envíen mi archivo por correo electrónico y entiendo los riesgos			
Información que puede ser divulgada: (por favor marque lo que aplique)			
Fecha de Servicio:		<input type="checkbox"/> Estancia hospitalaria	<input type="checkbox"/> Emergencia
<input type="checkbox"/> Visita a la clínica	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial		<i>(por favor ponga su inicial)</i>	
___Registros relacionados con el aborto y otros servicios		___Registros de los servicios de salud reproductiva	___Registros de servicios de afirmación de género
___ VIH		___Salud Mental ___Tratamiento Contra Drogadiccion y Alcoholismo	
Objetivo y uso de la información:			
<input type="checkbox"/> Atención continua	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Otro
Entiendo que al firmar esta autorización			
<ul style="list-style-type: none"> 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. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación y ya no protegida por las regulaciones de privacidad promulgadas de conformidad con la HIPAA, o cualquier otra norma de privacidad estatal o federal. 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: <i>(si no es el paciente)</i>	