

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

\_\_\_\_\_  
Instalaciones del Hospital del Distrito de Healdsburg/ Nombre de la Ubicación  
(Healdsburg District Hospital Facility\Location Name)

\_\_\_\_\_  
Dirección (Address)

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Número de Fax

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el uso y divulgación de la información de salud protegida acerca del paciente de arriba de la siguiente manera:

A. COPIAS DE: Nombre de la persona, clase de personas, u organización autorizadas a hacer el uso o divulgación requeridos: \_\_\_\_\_

B. COPIAS PARA: Nombre de la persona, clase de personas, u organizaciones autorizadas a recibir y usar mi información de salud protegida: \_\_\_\_\_

C. Descripción de la información protegida del paciente a ser usada o divulgada:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. La información protegida de salud del paciente será usada o divulgada con el siguiente propósito(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Si es necesario, adjunte más páginas]

Entiendo que tengo los siguientes derechos respecto a esta Autorización:

1. Se le prohíbe al recipiente de la información protegida de salud la re-divulgación de la misma a menos que el recipiente obtenga otra autorización mía o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
2. Puede no requerirse la firma de esta Autorización como condición para obtener tratamiento o el pago o mi elegibilidad para los beneficios.
3. Las Instalaciones mencionadas arriba del Hospital del Distrito de Healdsburg me dará una copia de esta Autorización si yo la pido.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

4. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo o entregando personalmente un aviso de revocación firmado, por escrito a las instalaciones nombradas arriba de la primer pagina del Hospital del Distrito de Healdsburg. Tal revocación será efectiva al recibo de la misma, excepto para el caso que el recipiente haya ya tomado medidas basadas en esta Autorización.
5. Tengo el derecho a que me avisen si el Hospital del Distrito de Healdsburg va a usar o divulgar la información protegida de salud con fines de mercadotecnia y recibir el pago correspondiente por el uso o divulgación de mi información protegida de salud.

Esta Autorización vence en: un año

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Autoridad  
Representante Personal\*

\_\_\_\_\_  
Autoridad Representante Personal  
Actúa en nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección y Número de Teléfono del  
Paciente /Representante Personal

\*El "Representante Personal" es uno de los siguientes:

- Para un adulto incompetente:
  - Un protector de la persona del paciente
  - Un agente designado por el paciente por poder para la atención de salud.
- Para un menor que no tiene autoridad legal especial para firmar una autorización:
  - Padre
  - Guardián
  - Cualquier otra persona *en lugar de los padres*
- Cualquier otro individuo que tenga autoridad legal para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud en nombre del paciente (por ejemplo, la persona que sea pariente más próximo de un residente en una enfermería de alta complejidad; la persona responsable de mantener financieramente al paciente); o
- Un ejecutor o administrador del testamento del paciente o cualquier beneficiario en posición de heredar patrimonio del paciente, en caso de que el paciente muera

Médico que dará seguimiento al paciente \ regresar las copias a: \_\_\_\_\_  
(Physician following patient\Return copies to)