

# AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta autorización.

**NOTA:** Si usted es un paciente/representante de un paciente que solicita expedientes médicos para su uso personal, podría haber un cargo por proporcionarlos.

## EXPLICACIÓN

Se le solicita esta autorización en cumplimiento con las disposiciones de la ley Confidencialidad de la Información Médica del 1981, sección 56 y subsiguientes del Código Civil, y la ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) del 2003.

Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Últimos cuatro dígitos del seguro social:	
Dirección actual:		
#Tel. de Casa:	# de Celular:	Email:

## USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

Por medio de la presente autorizo a

Healdsburg Hospital

A divulgar mi expediente médico a:  Mí mismo o  Instalación / Nombre a continuación

Nombre/Establecimiento:	Atención:	
Dirección:	Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
		FAX:

Opción de entrega:  Correo a la dirección del paciente  Correo a la instalación / dirección de nombre a continuación

Llame cuando esté listo para ser recogido: # \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  Fax a #: \_\_\_\_\_  Medios Electronicos

## INFORMACIÓN QUE SE VAA DIVULGAR (Marque una sola casilla en esta sección)

**Especifique la(s) fecha(s) de tratamiento en el hospital/clínica:** \_\_\_\_\_

Información pertinente: (Esto es lo que la mayoría de pacientes y médicos necesitan) Resumen del alta, informe de la Sala de Emergencia, historia clínica y examen médico, consultas, informes de operaciones, análisis de laboratorio, informes radiológicos, EEG, EMG, ECG, informes de patología.

Todo el expediente médico.

Solo los siguientes expedientes o tipos de información de la salud: \_\_\_\_\_

*Solo para solicitudes de CD de radiología/Imágenes*  (Solicitudes de disco CD del Hospital de Healdsburg deben de ser presentados directamente al departamento de Radiología/Imágenes del hospital)

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA PORESTATUTO

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque y anote sus iniciales donde corresponda):

Información sobre tratamiento de salud mental	Iniciales y fecha:
Resultados de pruebas de VIH	Iniciales y fecha:
Información sobre tratamiento de alcohol/drogas	Iniciales y fecha:

## PROPÓSITO

Propósito del uso o divulgación solicitada:  Solicitud del paciente  Continuidad de la atención  Legal  Seguro

Otro: \_\_\_\_\_

## CADUCIDAD

AUTORIZACIÓN PARA USAR O  
DIVULGAR LA INFORMACION DE LA SALUD



ROIA

HH-8700-108S (6/08/21)  
Lado 1 de 2

**Healdsburg Hospital**  
With Providence

Esta autorización caducará el (fecha): \_\_\_\_\_

Si no se ha indicado una fecha, esta autorización caducará 6 meses después de la fecha en que fue firmada.

### MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo de saber que en conformidad con la ley, la información sobre mi salud no puede ser divulgada. Al negarme no afectará el que pueda obtener tratamiento ni el pago o elegibilidad referente a los beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud por la cual se me solicita que permita su uso o la divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y entregarla a Santa Rosa Memorial Hospital o Petaluma Valley Hospital, escritos abajo.

Mi revocación entrará en vigor al momento de recibirse, salvo en la medida en que otros hayan actuado en base a esta autorización.

Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada en conformidad con esta autorización pudiera ser revelada nuevamente por el destinatario. En algunos casos esta nueva divulgación no está protegida bajo las leyes del estado de California como tampoco pudiera estarlo bajo la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

### FIRMA

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Representante del paciente) Escriba su nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Si firma una persona que no es el paciente, indique su relación legal con el mismo, así como la razón por la cual tiene autoridad para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Para divulgar expedientes de salud mental deberemos obtener la autorización del médico que atendió al paciente durante su estadía y estos deberán ser tratados como confidenciales conforme a las regulaciones estatales (Código Asistencial e Institucional 5328).

### ENTREGAR SU SOLICITUD A:

**HEALDSBURG HOSPITAL**  
ATTN: DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD  
DIRECCIÓN: 1375 University Ave.  
Healdsburg, CA 95448  
TELÉFONO: (707) 431-6470  
FAX: (707) 431-6466  
EMAIL: 365-CA-HH-medcrequests@providence.org  
WEB: healdsburghospital.org

### HOSPITAL USE ONLY

#### PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

APPROVED By Physician Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ HIM Staff initials: \_\_\_\_\_

DENIED - REASON FOR DENIAL: \_\_\_\_\_

MD Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Request completed by hospital staff: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O  
DIVULGAR LA INFORMACION DE LA SALUD**



ROIA

H-8700-108S (6/28/21)  
Lado 2 de 2

**Healdsburg Hospital**  
With Providence