

# SAN BENITO HEALTH FOUNDATION CENTRO COMUNITARIO

351 Felice Drive, Hollister, CA 95023  
Tel: (831) 637-5306 Fax: (831) 637-5842

Fecha: \_\_\_\_\_  
Núm. de Registro Médico de SBHF \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

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

### **INFORMACION DIVULGADA POR:**

NOMBRE /PROVEEDOR/AGENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

NUM. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

FAX (FACSIMIL): \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DIVULGADA A:**

NOMBRE/PROVEEDOR/AGENCIA: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

NUM. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

FAX (FACSIMIL): \_\_\_\_\_

PROPOSITO DE SOLICITUD PARA DIGULVAR INFORMACION: \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial               | <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta                                | <input type="checkbox"/> Diagnósticos (Médicos)       |
| <input type="checkbox"/> Análisis de Laboratorio          | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico                                  | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta              |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento              | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                                   | <input type="checkbox"/> Diagnósticos (Psiquiátricos) |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrico          | <input type="checkbox"/> Prueba Psicológica/Resultados de Evaluación         | <input type="checkbox"/> Resultados de VIH            |
| <input type="checkbox"/> Expediente de Salida             | <input type="checkbox"/> Archivos relacionados con abuso de alcohol y drogas |   |
| <input type="checkbox"/> Expedienté completo del hospital | <input type="checkbox"/> Imágenes Radiográficas                              |   |

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Esta autorización es efectiva inmediatamente y está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que acción ya ha sido tomada. De lo contrario, esta autorización expira un año desde la fecha firmada. Soy consciente y se me ha informado de las provisiones del **Acto de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico Federal, Confidencialidad del Acto de Información Médico** y otras Leyes del Estado, Reglas y Normas, como se indica en la página 2 de esta forma, que aseguran mi derecho a la confidencialidad de la información en estos registros.

Reconozco que no se requiere esta autorización para la divulgación de mi información médica y que voluntariamente y conscientemente tengo que firmar esta autorización antes de que los registros puedan ser divulgados. También puedo negarme a firmar y en tal caso, los registros no podrán ser divulgados.

**Iniciales del Paciente** \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a mi médico tratante, la clínica/hospital y los empleados de la clínica/hospital, la escuela y empleados de cualquier responsabilidad que deriva la divulgación de información a la (s) persona (s)/proveedor/agencia designada. FOTOCOPIA/FAX DE ESTA AUTORIZACION ES TAN VALIDA COMO LA ORIGINAL.

\_\_\_\_\_ tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización  
(NOMBRE DEL PACIENTE/GUARDIAN)

Ponga sus iniciales \_\_\_\_\_ a la izquierda de esta cláusula en la autorización original.  
(EL O ELLA)

\_\_\_\_\_ reconoce que ha recibido una copia de esta autorización  
(Nombre del Paciente/Guardián (Escriba en letra de molde))  
la "Información de autorización" ha sido recibido.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIAN/REPRESENTANTE**  
**FECHA**

**RELACION AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

#### **INFORMACION DE AUTORIZACION**

La privacidad y la confidencialidad de información de los registros médicos de pacientes está protegida por Estatutos, Normas y Reglamentos Federales y Estatales (incluso: del Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y la Ley de Rendición de Normas de Privacidad de Información Identificable de Salud al Individuo - 45 CFR Partes 160 a 164, Acto de Confidencialidad de California Información Médica, Código Administrativo de California, Título 22, artículo 56 del Código Civil de California y del Bienestar de California e Instituciones de Código, sección 5328., y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales).Estos Estatutos, Normas y Reglamentos requieren que el cliente de su consentimiento informado antes de la divulgación de cualquier registro o información de salud/hospital, excepto en los casos expresamente asegurados (previsto) dentro de los Estatutos, Normas y Reglamentos.

Código Civil de California Sección 56.11: una autorización para divulgar información de salud/hospital se considerará válida sólo cuando se dice: (1) que dará a conocer la información; (2) que recibirá la información; (3) el propósito y las limitaciones para que la información se utilizará; (4) Qué información específica será divulgada; y (5) cuando la autorización expirara. La autorización también debe contener la firma del representante del cliente/firma del representante autorizado y la fecha de la firma. Esta Autorización de Divulgación de Información Protegida de Salud renuncia a todos los derechos que el paciente tiene o pueda tener en el futuro para que cualquier acción legal contra la persona/proveedor/agencia que divulga información a disposición de los daños causados directa o indirectamente por la divulgación de esta información u otra información confidencial. La autorización deberá ser llenada completamente y no pueden faltar los elementos necesarios.

Un cliente menor de edad sólo puede firmar una autorización para la divulgación de su información de salud /hospital para los servicios que el menor consintió o podría haber autorizado legalmente. La autorización de sus padres o representante autorizado para la divulgación de información de salud/hospital para los servicios que el menor no puede autorizar legalmente. La firma del representante autorizado se requiere para los pacientes que son conservadores bajo el Código Testamentario y aquellos adultos que carecen de capacidad de consentimiento. Representante autorizado que firma por el cliente debe presentar copias de los documentos legales de la asignación de autoridad.

Cuando lo solicite, se le proveerá una copia de la completa "Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud" y "Aviso de Salud y/o de Prácticas de Información de Salud Mental".

Yo entiendo que la información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a una nueva divulgación por parte del recipiente y puede no estar protegido por las regulaciones federales y Confidencialidad del Acto de Información Médico.