

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



FOR OFFICE USE ONLY		PARTE 1: CLIENTE/INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
CERT #	Cliente/Apellido del Paciente		Cliente/Primer Nombre del Paciente		Inicial
	Otros Nombres que Usted ha Utilizado			Fecha de Nacimiento	Ultimos 4 #'s de Seguro Social
	# de Archivo Médico	Dirección		Ciudad	
	Estado	Código Postal	Número de Teléfono con el código de área		

PARTE 2: YO AUTORIZO A LA AGENCIA DE CUIDADOS DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN A:

Nombre de Persona o Organización			Dirección		
Designación General (Para Programas de CFR solamente)					
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono con el código de área		

PARTE 3: PROPOSITO DE ESTA AUTORIZACION

- Solicitud del Paciente
 Continuidad de Cuidado/Tratamiento Médico
 Seguro Médico
 Legal
 Discapacidad
 Otro:

PARTE 4: INFORMACION QUE PUEDA SER DIVULGADA (Sección AyB requerida, CyD si es necesario y/o aplicable)

A. Marque una casilla solamente
 Archivo Médico PHI
 Resumen de PHI

B. Marque las casillas apropiadas para el tipo de información que sera divulgada:

Laboratorio/Resultados de Prueba
 WIC
 AMM/MSN/MSI
 Salud Infantil/Registro de Vacunas
 Salud Maternal
 Pulmonar/TB
 Fotos de Rayos
 Servicios para Niños de CA (CCS)
 Tratamiento de ETS
 Cuidado Dental
 Resultados de Rayos
 Otro: _____

C. Sus iniciales y el rango de fecha de los archivos que seran divulgados son necesarios para el uso o divulgación de los siguientes tipos de información o archivos sensibles.

Alcohol, Archivos de Abuso de Sustancias o Drogas**	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:
Salud Mental	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:
Prueba y Resultados de VIH/SIDA	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:

D. Clínica(s) donde fue atendido/a:

PARA SU REVISIÓN

He leído el contenido de este formulario. Yo entiendo, estoy de acuerdo, y permito al Condado de Orange de utilizar y divulgar mi información como he dicho anteriormente. También entiendo que firmar este formulario es voluntario y que el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no puedo firmar esta autorización. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso al Custodio de Registros. La revocación no afectará las divulgaciones que el Custodio ya ha tomado medidas en dependencia de la autorización. La información divulgada en virtud de esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estar protegidas por la ley federal de privacidad (HIPAA). Leyes del Estado aplicables u otra Ley Federal puede requerir destinatario para obtener su autorización por escrito antes de divulgar nuevamente, a menos que sea permitido de tales leyes. Yo tengo derecho a una copia de este formulario. Se podrán aplicar tarifas a ciertas solicitudes. Una copia de la autorización original es válida. Esta autorización expira al término de esta solicitud.

PARTE 5: Cliente/ Firma del Paciente o Representante/Designado Legal/Firma del Tutor

PARTE 6: Fecha

X			
Representante Legal (Imprimir Nombre Completo)		Relación legal con el cliente/Paciente	
Dirección del Representante Legal	Ciudad	Estado	Código Postal

** INFORMACIÓN DE ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La información divulgada al destinatario es protegida por normas de confidencialidad Federales (42 CFR Parte 2). Las normas Federales le prohíben re-divulgar la información a menos que sea permitida por consentimiento escrito del paciente, o de cualquier otra manera permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para divulgar información médica o cualquier otra información NO ES suficiente. Las normas Federales restringen el uso de información para investigar o procesar judicialmente cualquier abuso de alcohol o drogas del paciente. Usted tiene derecho, de conformidad con §2.13(d), que a partir de su solicitud, se le debe proporcionar una lista de entidades a las que la información ha sido divulgado en virtud de una designación general en este formulario de consentimiento.

Por favor de enviar formulario completo a: HCA Custodian of Records • Fax (714) 835-9312 • 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 125, Santa Ana, CA 92701 • Teléfono (714) 834-3536 • Sitio Web: <http://ochealthinfo.com/records> • COR@ochca.com