

# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



|   |  |  |  |  |                       |
|---|--|--|--|--|-----------------------|
| <b>FOR OFFICE USE ONLY</b>  |  | <b>PARTE 1: CLIENTE/INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> |  |  |                       |
| CERT #  | Cliente/Apellido del Paciente                              |  | Cliente/Primer Nombre del Paciente       |  | Inicial               |
|   | Otros Nombres que Usted ha Utilizado                       |  | Fecha de Nacimiento                      | Últimos 4 #s de Seguro Social            | # de Archivo Médico   |
|   | Correo electrónico (Email)                                 |  |  | Número de Teléfono con el código de área |                       |
|   | Dirección  |  | Ciudad                                   | Estado                                   | Código Postal         |
| <b>PARTE 2: YO AUTORIZO A LA AGENCIA DE CUIDADOS DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN A:</b> <input type="checkbox"/> Indique so es igual que arriba   |  |  |  |  |                       |
| 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 |  |                       |
| <b>PARTE 3: PROPOSITO DE ESTA AUTORIZACION</b>  |  |  |  |  |                       |
| <input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado/Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Legal<br><input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:  |  |  |  |  |                       |
| <b>PARTE 4: INFORMACION QUE PUEDA SER DIVULGADA</b><br>(Se requieren los pasos 1, 3 y 4. Complete el paso 2 para mayor especificidad)   |  |  |  |  |                       |
| <b>Paso 1.</b> Seleccione solo uno: <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Resumen de Tratamiento  |  |  |  |  |                       |
| <b>Paso 2.</b> Seleccione los tipos de registros que se publicarán:   |  |  |  |  |                       |
| <input type="checkbox"/> Salud Familiar <input type="checkbox"/> Tratamiento de ETS <input type="checkbox"/> Servicios para Niños de CA (CCS)<br><input type="checkbox"/> Resultados / Películas de Rayos X <input type="checkbox"/> Pulmonar/TB <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vacunas<br><input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI <input type="checkbox"/> Cuidado Dental <input type="checkbox"/> Otro:   |  |  |  |  |                       |
| Sus <u>iniciales</u> y el <u>rango de fecha</u> de los archivos que seran divulgados son <u>necesarios</u> para el uso o divulgación de los siguientes tipos de información o archivos sensibles.   |  |  |  |  |                       |
|   | <b>Alcohol, Archivos de Abuso de Sustancias o Drogas**</b> |  | Desde la Fecha:                          | Hasta la Fecha:                          |                       |
|   | <b>Salud Mental</b>  |  | Desde la Fecha:                          | Hasta la Fecha:                          |                       |
|   | <b>Prueba y Resultados de VIH/SIDA</b>                     |  | Desde la Fecha:                          | Hasta la Fecha:                          |                       |
| <b>Paso 3.</b> Clínica (s) donde se recibieron los servicios:   |  |  |  |  |                       |
| <b>Paso 4.</b> Preferencia de Envío: <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger  |  |  |  |  |                       |
| <b>PARA SU REVISION</b>   |  |  |  |  |                       |
| 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. Yotengo 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. |  |  |  |  |                       |
| <b>PARTE 5 :</b> Cliente/ Firma del Paciente o Representante/Designado Legal/Firma del Tutor  |  |  |  |  | <b>PARTE 6:</b> Fecha |
| X   |  |  |  |  |                       |
| Representante Legal (Imprimir Nombre Completo)  |  |  | Relación legal con el cliente/Paciente   |  |                       |
| <b>** INFORMACIÓN DE ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS</b>  |  |  |  |  |                       |
| 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.   |  |  |  |  |                       |
| <b>Por favor de enviar formulario completo a:</b> HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 180, Santa Ana, CA 92701<br>Teléfono (714) 834-3536 • Sitio Web: <a href="http://ochealthinfo.com/records">http://ochealthinfo.com/records</a> • COR@ochca.com   |  |  |  |  |                       |