



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOTA: DEBEN RELLENARSE TODOS LOS PUNTOS NUMERADOS PARA QUE LA AUTORIZACIÓN SEA VÁLIDA

PARTE 1: DATOS DEL CLIENTE/PACIENTE

Nombre del Cliente/Paciente:

Otros Nombres Usados:

Fecha de Nacimiento:

Número de la Seguridad Social (Últimos 4 Dígitos):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

PARTE 2: LA AGENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA PODRÁ DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN A

☐ SÍ MISMO / IGUAL QUE EL

ANTERIOR

(si es igual que el anterior, deja este campo en blanco)

Nombre de la Persona o Organización:

Dirección:

Número de teléfono con área de código:

PREFERENCIA DE ENTREGA: (Seleccione solo uno)

☐ Correo

☐ Recogida

☐ Correo electrónico

PARTE 3: PROPÓSITO DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

☐ Solicitud del Cliente/Paciente ☐ Continuidad de la Atención/Tratamiento Médico ☐ Otros:

PARTE 4: INFORMACIÓN QUE SE PUEDE DIVULGAR

Seleccione solo uno:

☐ Historial Médico

☐ Resumen del Tratamiento (Carta)

Clínica(s) o Centro(s) donde se recibieron los servicios: _____

Fecha de Inicio: _____

Fecha Hasta: _____

☐ Salud Familiar

☐ Tratamiento de
ETS

☐ Inmunizaciones

☐ Facturación

☐ Informe

Radiológico/Radiografías

☐ Pulmonar/
Tuberculosis

☐ Salud Infantil

☐ Servicios de Protección
Infantil de California (CCS)

☐ WIC

☐ Cuidado Dental ☐ Otros:

Para poder divulgar los siguientes tipos de registros de información sensible, es **OBLIGATORIO** indicar tanto las **INICIALES** como el **INTERVALO DE FECHAS** de los registros en los **CUADROS AMARILLOS** que aparecen a continuación:

INICIALES

Registros de Abuso de Alcohol, Drogas
u Otras Sustancias **

Fecha de Inicio: _____

Fecha Hasta: _____

**Información sobre el Abuso de Alcohol y Sustancias: El título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 2, prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros

INICIALES

Salud Mental

Fecha de Inicio: _____

Fecha Hasta: _____

INICIALES

Pruebas y Resultados del
VIH/SIDA

Fecha de Inicio: _____

Fecha Hasta: _____

PARTE 5: FIRMA Y FECHA DEL CLIENTE/PACIENTE

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y autorizo al Condado de Orange a utilizar y divulgar mi información tal y como he indicado anteriormente. También entiendo que la firma de este formulario es voluntaria y que el tratamiento, el pago o la elegibilidad para recibir prestaciones no se verán afectados si no firmo esta autorización. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito enviando una notificación al Responsable de los Registros. La revocación no afectará a las divulgaciones que el Responsable ya haya realizado basándose en la autorización. Se puede encontrar información adicional sobre la revocación de una autorización en el Aviso de Prácticas de Privacidad. La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser redivulgada por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). La legislación estatal aplicable u otras leyes federales pueden exigir que el destinatario obtenga su autorización por escrito antes de la redivulgación, a menos que dichas leyes lo permitan. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario. Se pueden aplicar tasas a determinadas solicitudes. Una copia de la autorización original es válida. Esta autorización caduca una vez completada esta solicitud.

FIRMA: _____ FECHA: _____

IMPRIMIR

NOMBRE: _____

** Si no es el cliente, Nombre Completo y Firma del Tutor, Curador o Representante Legal **

*** DEBE PRESENTAR UNA PRUEBA DE SU FACULTAD LEGAL**

POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO A: COR@ochca.com
HCA Custodio de Registros 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701
Teléfono: 714-834-3536 Sitio Web: <http://ochealthinfo.com/records>