

**Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida**



Por la presente, \_\_\_\_\_, autorizo a  
Nombre en imprenta de la persona (es decir, paciente, residente o cliente)

Memorial Hospital Bakersfield

a usar y divulgar la información médica protegida que se describe a continuación para el siguiente paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autorizo a que la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) reciba(n) la información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**La siguiente información de salud identificable individualmente puede ser usada o divulgada:**

A continuación, se incluyen los documentos que se solicitan con más frecuencia. Esto no conforma su registro médico completo, el cual usted tiene derecho de solicitar. \* Marque (✓) todos los casilleros que correspondan:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen                                  | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (por ejemplo, rayos X)                             |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta/diagnóstico final       | <input type="checkbox"/> Otros informes de diagnóstico   |
| <input type="checkbox"/> Historial y registros físicos            | <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico<br>(preparadas por el Departamento de Radiología) |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta                     | <input type="checkbox"/> Notas de fisioterapia   |
| <input type="checkbox"/> Operaciones y procedimientos             | <input type="checkbox"/> Notas del médico  |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos   |
| <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias      | <input type="checkbox"/> Otro*: _____  |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                  |  |
| <input type="checkbox"/> Expediente de inmunización (vacunas)     |  |



Patient Identification / Label

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fechas de tratamiento que se divulgarán: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Razón o propósito del uso o divulgación de la información:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicito que los documentos divulgados se envíen por el siguiente medio:

Electrónico; dirección del portal: \_\_\_\_\_

Electrónico; dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si se ha seleccionado la opción "correo electrónico", el correo electrónico se enviará de forma segura, a menos que se solicite lo contrario.

Si solicito un correo electrónico no seguro, comprendo que el correo electrónico no seguro puede poner en riesgo mi información médica protegida y acepto el riesgo de enviar dicha información a través de un método no seguro.

\_\_\_\_\_ **Escriba sus iniciales aquí si solicita un correo electrónico no seguro.**

Copia impresa a la dirección postal: \_\_\_\_\_

Otro (USB, CD, entrega en persona, etc.) Describa: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permite la divulgación de cualquier información incluida en los registros mencionados anteriormente relacionada con el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, afecciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, afecciones psiquiátricas o psicológicas, tratamiento psiquiátrico o de salud mental, o afecciones relacionadas con el VIH, a menos que indique lo contrario. **NO QUIERO** que se divulgue la siguiente información (según lo definido por las leyes estatales y federales vigentes)

Trastorno por consumo de alcohol, drogas o sustancias

Resultados de pruebas de VIH solamente

(se seguirán divulgando las notas relativas al estado serológico, aunque escriba sus iniciales/se marquen)

Discapacidades de salud mental y del desarrollo

**Prohibición de condicionamiento para la autorización:** Comprendo que tengo derecho a no firmar la autorización. Su proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento al hecho de que usted firme esta autorización, a menos que suceda lo siguiente:

- Usted esté recibiendo tratamiento relacionado con la investigación, o
- La única razón por la que el centro le proporcione atención médica sea para hacer un informe a un tercero, tal como su empleador (por ejemplo, su aptitud física para regresar al trabajo) o a la escuela (por ejemplo, para educación física).



Patient Identification / Label

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**Redivulgación:** Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ya no estar protegida por la ley de privacidad federal (también conocida por HIPAA) y el destinatario de mi información de salud podría divulgarla de nuevo. No obstante, conforme a los Requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias, 42 CFR parte 2, se puede prohibir al destinatario que revele información identificable relacionada con el abuso de sustancias.

**Vencimiento:** La fecha de entrada en vigor de esta autorización es a partir de la fecha de la firma y se vencerá en la fecha o evento que se indica aquí: La fecha de vencimiento o evento no puede superar el año, a menos que la persona que firma la autorización especifique lo contrario.

**Revocación:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante una notificación escrita, si envío una carta al centro, clínica o entidad que se especifica en este comunicado o si lleno el formulario de Revocación de autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, no afectará las acciones que se llevaron a cabo antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya haya realizado, y que puede usar mi información de salud en la medida en que sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

**Esta autorización es vinculante:** Las declaraciones formuladas en esta autorización son vinculantes y controladoras, y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones que se formulan en el Aviso de Prácticas de Privacidad del centro.

Acepto el cobro de un honorario en concepto de copias de mi expediente médico.

Entiendo que se me ha brindado la oportunidad de recibir una copia de esta autorización.

**Firma del paciente o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Nombre en imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante personal del paciente:

**Firma del representante personal:** \_\_\_\_\_

**Nombre en imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en imprenta:** \_\_\_\_\_



Patient Identification / Label

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**