



Nombre Del Paciente:

Fecha De Nacimiento

NSS (Ultimo Cuatro # Social):

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo a _____ libere info de IMPa:
(nombre de la persona o institución que posee la información)

Nombre de la persona o institución que recibirá el IMP:

Domicilio: _____

Ciudad, Estado & Código Postal: _____

Quisiera: Solicitar una copia

Tipo De Registros

MEDICOS

SALUD MENTAL

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

<input type="checkbox"/> Resumen del Alta	<input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas	<input type="checkbox"/> Informes Operativos	<input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico
<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Información sobre Análisis Genéticos	<input type="checkbox"/> Radiología y otros Informes Diagnósticos, Consultas y Evaluaciones
<input type="checkbox"/> Notas de progresos <input type="checkbox"/> Información Sobre Abuso de Drogas y Alcohol	<input type="checkbox"/> Radiología y otros diagnósticos por Imagen (rayos x, etc.) <input type="checkbox"/> Registros Clínicos como Paciente Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Resultados de Análisis Psicológicos y Vocacionales <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos para El VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Otros		



PACIFICA HOSPITAL OF THE VALLEY

Nombre Del Paciente:
Fecha De Nacimiento:
NSS (Ultimo Cuatro # Social):

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

ESPECIFIQUE LA FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ANTERIORMENTE:

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES (marque una o más)

- Solicitado por el paciente o el representante del paciente
- Otro motivo (explique la razón)

Initials of Patient or Legal Representative: _____

AVISO

Por ley, Pacifica Hospital of the Valley y otras organizaciones e individuos, por ejemplo, los médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica protegida. Si usted autorizó la divulgación de ésta a alguien que no está obligado por ley a mantenerla confidencial, puede que dicha información ya no se encuentre protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

MIS DERECHOS

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de la presente autorización, con la excepción de que ésta esté destinada a: 1) llevar a cabo tratamientos relacionados con investigaciones, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o afiliación a un plan de salud, 3) determinar la obligación de pago de una reclamación de una entidad, o 4) recabar información médica protegida (IMP) para entregarla a un tercero.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y dicha revocación esté dirigida a: Health Information Management Services, Pacifica hospital of the valley, 9449 San Fernando RD Sun Valley, CA 91352. La revocación tendrá validez cuando Pacifica Hospital of the Valley la reciba, con excepción a la medida que Pacifica Hospital u otros ya hayan contado con la misma. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.



PACIFICA HOSPITAL OF THE VALLEY

Nombre Del Paciente:
Fecha De Nacimiento:
NSS (Ultimo Cuatro # Social) :

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque, la presente Autorización se vence el _____ (especifique fecha o hecho correspondiente). Si no se indicara fecha alguna, la presente Autorización se vencerá a partir de la fecha en que se firmó este formulario.

FIRMA

_____ FECHA: _____ HORA: _____ AM/PM
(Firma del Paciente o su Representante Legal)

_____ Nombre Impreso
_____ Número de Teléfono (Incluya Código de Área)

(Si la persona que firma no es el paciente, especifique su relación con el paciente)

_____ FECHA: _____ HORA: _____ AM/PM
Testigo (sólo si el paciente no puede firmar) o intérprete

**PACIFICA HOSPITAL OF THE VALLEY, Release of Information
9449 San Fernando Rd. Sun Valley, CA. 91352
Fax: 818.252.2473 Phone: 818.252.2225**