

Autorización Para Divulgación de Información de Salud

Nombre del Paciente:	MR#:
Fecha de nacimiento:	Últimos 4 dígitos SSN:

Autorizo a la siguiente organización para que divulgue la siguiente información del registro de salud del paciente:

Información a ser divulgada DE:	Información a ser divulgada A:
<input type="checkbox"/> Stanislaus Surgical Hospital 1421 Oakdale Rd, Modesto, CA	<input type="checkbox"/> Hospital externo <input type="checkbox"/> Mí mismo <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Otro
	Nombre:
<input type="checkbox"/> Precision Imaging 1239 McHenry Ave, Modesto, CA	Dirección:
	Ciudad: Estado: CP:
	Teléfono: () - Fax: () -

Información a ser divulgada:
<i>Por favor, indique las fechas de servicio de los registros solicitados:</i>
Desde: _____ Hasta: _____

<input type="checkbox"/> Informe de Anestesia	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Informe Operativo
<input type="checkbox"/> Estado de cuenta de facturación	<input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Informe de Patología
<input type="checkbox"/> Consulta/Evaluación	<input type="checkbox"/> Prueba o tratamiento de VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Terapia Física
<input type="checkbox"/> Resumen del Alta	<input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Radiología y Diagnóstico - <i>Imágenes (rayos X, etc)</i>
<input type="checkbox"/> Imágenes de endoscopia	<input type="checkbox"/> Todos los Registros	<input type="checkbox"/> Informes de Radiología y Diagnóstico (dictado del MD)

Propósito de la Divulgación
<input type="checkbox"/> Continuidad de la Atención <input type="checkbox"/> Registro de Salud Personal <input type="checkbox"/> El doctore sujere la fecha de la cita
<input type="checkbox"/> Otro (por favor explique): _____

Divulgación de Información (continuación)

Autorización para Divulgación General de Información

Comprendo que:

- Stanislaus Surgical Hospital se encuentra entre muchos otros hospitales y profesionales médicos que por ley deben mantener la confidencialidad de su información de salud. Si he autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no está obligado por ley a mantener su confidencialidad, ya no podrá ser protegida por las leyes de confidencialidad del Estado o Federales.
- Autorizar la divulgación de mi información de salud es voluntario. El tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios no se verán condicionados por la firma de esta autorización excepto si la autorización es para: (1) realizar un tratamiento relacionado con la investigación; (2) obtener información con relación a la elegibilidad o inscripción en un plan de salud; (3) determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo; o (4) brindar información de salud a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y la presente al departamento de Manejo de Información de Salud de Stanislaus Surgical Hospital. La revocación entrará en vigor cuando SSH la reciba, excepto la información que ya ha sido divulgada antes de recibir la revocación escrita. Esta información no puede ser reclamada.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.


VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN


A menos que se la revoque de otra manera, esta Autorización expira el ___/___/___ (fecha). Si no se indica fecha, esta Autorización vencerá DOCE meses DESPUÉS de la fecha de firma de este formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal

_____ :____ am/pm _____/____/201____
 Firma del Paciente/Representante Legal Hora Fecha

_____ Relación con el paciente
 Nombre en letra de molde

(____) _____ - _____
 Teléfono con código de área Testigo o Intérprete (si el paciente no puede firmar)