

SÜRĞİCAL HOSPITAL

1421 Oakdale Road Modesto, CA 95355209-572-2700 Fax: 209-523-5427

Precision Imaging, 1239 McHenry Ave., Modesto, CA 95350 209-491-5200 Fax: 209-526-0935

Autorización Para Divulgación de Información de Salud

Nombre del Paciente:	MR#:							
Fecha de nacimiento:		Últimos 4 dígitos SSN:						
Autorizo a la siguiente organ registro de salud del paciento	•	a que divulgue	la siguie	ente informac	ión de	эl		
Información a ser divulga	da DE :	Informa	ación a	ser divulgada	A :			
☐ Stanislaus Surgical Hospital 1421 Oakdale Rd, Modesto, CA		☐ Hospital ex☐ Médico	rterno □ Otro					
		Nombre:						
	Dirección:							
☐ Precision Imaging 1239 McHenry Ave, Modesto, CA		Ciudad:		Estado:	ı	CP:		
		Teléfono: () -	Fax: ()	_		
Información a ser divulgada:								
Por favor, indique las fechas de servicio de los registros solicitados:								
Desde: Hasta:								
☐ Informe de Anestesia	□ ECG			☐ Informe Operativo				
☐ Estado de cuenta de facturación	☐ Historia y exámenes físicos			☐ Informe de Patología				
☐ Consulta/Evaluación	☐ Prueba o tratamiento o VIH/SIDA		de 🗆 .	☐ Terapia Física				
☐ Resumen del Alta	☐ Informe de Laboratorio)	☐ Radiología y Diagnóstico - Imágenes (rayos X, etc)				
☐ Imajenes de endoscopia	☐ Todos los Registros			☐ Informes de Radiología y Diagnóstico (dictado del MD)				
	Propósito	de la Divulgacio	ón					
☐ Continuidad de la Atención ☐ Registro de Salud Personal ☐ El doctore sujiere la fecha de la cita								
☐ Otro (por favor explique):_								



1421 Oakdale Road Modesto, CA 95355209-572-2700 Fax: 209-523-5427

Precision Imaging, 1239 McHenry Ave., Modesto, CA 95350 209-491-5200 Fax: 209-526-0935

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 C							
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							
Firma del Paciente/Representante Legal	:am/pm Hora	//201 Fecha					
Nombre en letra de molde	Relación con el paciente						
Teléfono con código de área Testigo o Intérprete (si el paciente no puede firmar)							