

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y uso de la información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a MarinHealth Medical Center Otro -Especificar _____
para liberar mi información médica, como se describe a continuación, a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono: _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____

Fecha de Ingreso/Servicio _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor, marque las cajas correspondiente a continuación o describir su petición dentro de "Otros".

Resumen de alta

Resultados de Rayos X

Informes operativos / patología

Sala de Emergencia

Películas de

Resultados de laboratorio

Informes del ECG

Rayos X

Otro: _____

Autorizo de manera específica la divulgación de la siguiente información (marque lo que corresponda):

Información sobre el tratamiento de salud mental _____ (iniciales)

Resultados de las pruebas de VIH _____ (iniciales)

Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas _____ (iniciales)

Se requiere por separado una autorización para la divulgación o uso de notas psicoterapéuticas, como definido por las regulaciones de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud.

PROPÓSITO DE ESTE DIVULGACIÓN

(marque una o mas)

Inspección de registro Copia Personal Seguro Otro: _____

VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

A menos que sea revocada, esta autorización vence el: _____ (si no hay una fecha indicada, esta autorización expirará 12 meses después de la fecha de la firma de este formulario)

DERECHOS ADICIONALES (Vea el reverso para más información)

Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

AUTORIZA LA FIRMA

Firma del Paciente, Padre, o de un Representante legal

Fecha de la firma

Si firma otra persona el paciente, indique relación aquí

Testigo

Nombre en letra de molde _____

Representante Legal



250 Bon Air Road
Greenbrae, CA 94904

**AUTHORIZATION FOR
USE OR DISCLOSURE
OF HEALTH
INFORMATION
- Spanish**

Autorización - MarinHealth Medical Center

Restricciones

La ley de California prohíbe el formulario de beneficiario hacer otra revelación de su información de salud a menos que el beneficiario obtenga otra autorización de usted o de menos que la revelación es requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios de fuera del estado de California.

Sus Derechos

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago elegibilidad para recibir beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y se entregan a la siguiente dirección:
MarinHealth Medical Center
HIM Department
250 Bon Air Road
Greenbrae, California 94904
- Mi revocación será efectiva desde la recepción, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o divulgaciones hechas mientras mi autorización era válida.
- Me puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para su uso o de la divulgación.
- La información divulgada de acuerdo a esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente. En algunos casos, dicha re-divulgación no está prohibida por la ley de California, y no podrá continuar siendo protegida bajo la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica de seguir divulgándola, a no ser que se obtenga otra autorización de divulgación por parte mía, o si dicha divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley.

La ley de California permite cobrar una tarifa por los registros. El cargo de copia es de veinte y cinco centavos (\$0.25) de una página si se copia del registro original. Pago adelantado es necesario para recibir todos los registros. No hay ningún cargo si los registros se envían directamente a su médico a otro establecimiento de salud.

MarinHealth y otras organizaciones y individuos como los médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantener la confidencialidad, que ya no pueden ser protegidas por las leyes estatales o federales.



250 Bon Air Road
Greenbrae, CA 94904

**AUTHORIZATION FOR
USE OR DISCLOSURE
OF HEALTH
INFORMATION
- Spanish**