



# St. Francis Medical Center

3630 East Imperial Highway, Lynwood, CA 90262

Teléfono: (310) 900-8640 Facsímil: (833) 994-2169

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Al llenar este documento usted está proporcionando autorización para revelar y usar su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona toda la información solicitada.

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º. de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

N.º. de teléfono: \_\_\_\_\_

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_

a que revele a: \_\_\_\_\_ Para el período de atención médica desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

N.º. de teléfono: \_\_\_\_\_ Facsímil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Seguro): \_\_\_\_\_

(Nombre de las personas u organizaciones autorizadas para recibir la información) (Dirección – calle, ciudad, estado, código postal)

La siguiente información:

a.  Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y al tratamiento recibido, - **O**

Solo los expedientes o tipos de información médica siguientes (incluye cualquier fecha):

Resumen del alta

Consulta (s)

Todos los análisis/radiografías electrocardiogramas pertinentes

Historia y examen general

Informe de cirugía

Otras: \_\_\_\_\_

Rehabilitación

Sala de urgencias

b.  Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (ponga sus iniciales donde corresponda):

Información sobre el tratamiento de afección mental.

Enfermedades de transmisión sexual

Resultados de pruebas del sida.

Agresión sexual

Información sobre el tratamiento relacionado con alcohol/drogas.

Abuso y/o negligencia de menores

Notas sobre tratamiento psicoterapéutico como paciente ambulatorio

### PROPÓSITO

El propósito para el que se solicita el uso o revelación es:  a solicitud del paciente, U  otro: \_\_\_\_\_

### VENCIMIENTO

Esta autorización vence el: \_\_\_\_\_

Por favor, continúe en la página siguiente →



2 HIMROI

PATIENT ID

**MIS DERECHOS**

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi derecho de recibir tratamiento o pagos ni mi derecho de obtener beneficios.

Puedo revisar u obtener copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorice.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero deberé hacerlo por escrito y dirigir dicha revocación a:

Attn: Health Information Management Department  
St. Francis Medical Center  
3630 East Imperial Highway,  
Lynwood, CA 90262  
Facsimil: (833) 994-2169

Mi revocación tomará efecto a partir de su recepción, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorización.

Tengo derecho de recibir copia de esta autorización.

El destinatario de la información cuya divulgación se autoriza en la presente, puede divulgarla a su vez. En algunos casos, esta nueva divulgación no está protegida por la ley de California, y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica haga revelaciones adicionales de la misma, salvo que yo le extienda otra autorización para dicha revelación o que dicha revelación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Opciones referentes al formato electrónico: De conformidad con el artículo 13405(e) (1)); 42 U.S.C. 17935 (e) (1) de la ley de tecnología informativa sanitaria para fines económicos y clínicos de la salud (HITECH, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar que sus archivos médicos se envíen en formato electrónico a usted o a otra entidad. Elija en qué tipo de formato desea que se entregue la información. Tome en cuenta que la entidad receptora podría no aceptar los archivos en formato electrónico:  Grabado en disco (CD)  Papel  Correo Electrónico

**FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am/pm

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente/representante/cónyuge/responsable financiero)

Si el suscrito no es el paciente, indique cuál es su relación legal con el paciente. Aprobación de un psicoterapeuta licenciado para paciente psico geriátrico. \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_



2 HIMROI

PATIENT ID