

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (PHI)**

**Todas las secciones deben estar completas para que la autorización sea válida.**

Use "N/A" si una respuesta no se aplica

Página 1 de 2

PARTE I: INFORMACION DEL PACIENTE				
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	
Dirección	Apt./Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguro Social	Correo electrónico			
Por favor indique su teléfono primario	<input type="checkbox"/> Teléfono residencial (    )	<input type="checkbox"/> Teléfono celular (    )	<input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo (    )	
PARTE II: INDIVIDUO/ORGANIZACION AUTORIZADO PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (PHI)				
Nombre de la organización:		Número de teléfono:		
Dirección:		Número de fax:		
PARTE III: INDIVIDUO/ORGANIZACIÓN AUTORIZADO POR EL FIRMANTE PARA RECEBIR PHI				
<u>Hurtt Family Health Clinic</u> Clinic: (714) 247-0300    Fax: (714) 259-1598				
<input type="checkbox"/> Tustin –VOH 1 Hope Drive, Tustin, CA 92782	<input type="checkbox"/> Tustin–On Newport Ave. 14642 Newport Ave. STE 200 Tustin, CA 92780	<input type="checkbox"/> Santa Ana 1100-B North Tustin Ave. STE A Santa Ana, CA 92705	<input type="checkbox"/> Anaheim 947 S. Anaheim Blvd., STE 260 Anaheim, CA 92805	
PARTE IV: REGISTRO DE SALUD PARA DIVULGAR – GENERAL (MARQUE TODAS LAS CATEGORIAS QUE APLIQUEN)				
<input type="checkbox"/> Copia Completa de los registros médicos	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Exámenes físicos		
<input type="checkbox"/> Registros dentales	<input type="checkbox"/> Registros de alergias	<input type="checkbox"/> Notas de alta de ER y notas de consulta (si están disponible)		
<input type="checkbox"/> Informes/radiografía de rayos X	<input type="checkbox"/> Registros de vacunas			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____				
PARTE V: REGISTRO DE SALUD PARA DIVULGAR – EN ESPECIFICO				
<input type="checkbox"/> Enfermedad Contagiosas	Firma:	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	Firma:	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Resultados del prueba del VIH	Firma:	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Tratamiento de medicamento	Firma:	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Salud Mental	Firma:	Fecha:		
<input type="checkbox"/> Tratamiento/evaluación de drogas y alcohol	Firma:	Fecha:		
Solicitud de notas de psicoterapia requiere una autorización en separado y no debe combinarse con otras solicitudes.				
<input type="checkbox"/> Informes de psicoterapia	Firma:	Fecha:		

**Todas las secciones deben estar completas para que la autorización sea válida.**

Use "N/A" si una respuesta no se aplica

Página 2 de 2

**PROPOSITO DE DIVULGACION DE LA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

Médico     Personal     Legal     Otro (por favor indique):

**INFORMACION DE LA AUTORIZACION**

Yo entiendo lo siguiente:

1. Yo autorizo el uso de la información médica protegida como se ha descrito es esta forma para el propósito indicado. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización. Para hacerlo yo entiendo que debo enviar una comunicación por escrito a los individuos u organización escritos en la parte II. La revocación impedirá que se sigan divulgando mis datos médicos desde la fecha de aceptación.
3. Yo firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que mi tratamiento de salud no será afectado si no firmo esta autorización.
4. Se prohíbe que el administrador tercero indicado en parte III divulga la información obtenida de esta solicitud con excepción de una comunicación por escrito o permitido específicamente por Cal. Code §56.10 o como lo exija la ley (como aplica solo en el estado de California).
5. Si la organización indicada en parte III no adhiere a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) como se define en 45 CFR §160.103, la información médica que se ha divulgado, la privacidad ya no es protegida por regulaciones federales o estatales.
6. Tengo el derecho de obtener una copia de esta autorización.
7. Cargos pueden ser cobrados para cubrir el costo de divulgar la información médica.
8. Yo entiendo que los informes de tratamiento/evaluación de trastornos de uso de drogas o alcohol serán protegidas debajo de regulaciones federales que gobiernan la Confidencialidad de Informes de Trastornos de Uso de Drogas o Alcohol y no pueden ser re-divulgadas sin mi autorización por escrito.

**FIRMA DEL PACIENTE O FIRMANTE EN PARTE DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona quien firma si no es el paciente: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del interprete (si aplica): \_\_\_\_\_

Firma del interprete (si aplica): \_\_\_\_\_

**Esta autorización permanecerá vigente hasta que la solicitud sea procesada o a menos que se especifique lo contrario. Esta solicitud puede ser revocado a cualquier momento enviando una comunicación por escrito al administrador de los registros.**

Se expira en 6 meses desde la fecha indicada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_