

MEDICAL RELEASE FORM

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para que la autorización sea válida, deben completarse **todas las secciones**.

Utilice "N/A" si no corresponde.

Página 1 de 2

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Nombre		MI
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad	Estado
Número de seguro social		Dirección electrónica		
Por favor verifique el teléfono principal		☐ Número de Teléfono: ()		☐ Número de Teléfono: ()
PERSONA/ORGANIZACIÓN AUTORIZADA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA				
Hurt Family Health Clinic		14642 Newport Ave. STE 200 Tustin, CA 92780		Phone: (714) 247-0300 Fax: (714) 259-1598
PERSONA/ORGANIZACIÓN AUTORIZADA POR EL FIRMANTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN HISTÓRICA PROTEGIDA				
Nombre de la organización:		Número de Teléfono:		
Dirección		Número de Fax:		
HISTORIALES CLÍNICOS QUE SE DEBEN ENTREGAR - GENERAL (MARQUE TODAS LAS CATEGORÍAS CORRESPONDIENTES)				
☐ Copia completa del historial médico ☐ Historial dental ☐ Informes/placas de rayos X ☐ Otro (especifique): _____		☐ Informes de laboratorio ☐ Registro de alergias ☐ Registro de vacunación		☐ Exámenes físicos ☐ Notas de alta y consulta de urgencias (si están disponibles)
HISTORIALES CLÍNICOS QUE SE PUBLICARÁN - ESPECÍFICOS				
☐ Enfermedades transmisibles	Firma:		Fecha:	
☐ Pruebas genéticas	Firma:		Fecha:	
☐ Resultado de la prueba del VIH	Firma:		Fecha:	
☐ Tratamiento farmacológico	Firma:		Fecha:	
☐ Salud mental	Firma:		Fecha:	
☐ Trastorno por consumo de sustancias	Firma:		Fecha:	
Las solicitudes de notas de psicoterapia requieren una autorización por separado y no pueden combinarse con ninguna otra solicitud de historiales clínicos.				
☐ Notas de psicoterapia	Firma:		Fecha:	

MEDICAL RELEASE FORM**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**Para que la autorización sea válida, deben completarse **todas las secciones.**

Utilice "N/A" si no corresponde.

Página 2 de 2

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN HIGIÉNICA PROTEGIDA☐ Cuidado de la salud ☐ Personal ☐ Legal ☐ Otro (especifique):**INFORMACIÓN DE AUTORIZACIÓN**

Entiendo lo siguiente:

1. Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud según se describe anteriormente para el propósito indicado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Tengo derecho a revocar esta autorización. Para ello, entiendo que debo enviar mi revocación por escrito a la parte mencionada en la Parte II. La revocación impedirá la divulgación posterior de mi información de salud a partir de la fecha de recepción.
3. Firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que mi tratamiento médico no se verá afectado si no la firmo.
4. La parte mencionada en la Parte III tiene prohibido divulgar nuevamente la información de salud, salvo con una autorización por escrito o según lo permita específicamente el Código de California §56.10 o lo exija la ley (aplicable únicamente en California).
5. Si la parte mencionada en la Parte III no es una Entidad Cubierta por HIPAA ni un Asociado Comercial, según se define en 45 CFR §160.103, la información de salud divulgada podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales y estatales de privacidad. 6. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
7. Se podrán cobrar tarifas para cubrir el costo de la divulgación de la información médica.
8. Entiendo que mis registros de trastorno por consumo de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y no se pueden divulgar sin mi autorización por escrito.

FIRMA DEL PACIENTE O EN NOMBRE DEL PACIENTE

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que firma el formulario si no es el paciente: _____

Autoridad para firmar en nombre del paciente: _____

Nombre del traductor (si corresponde): _____

Firma del traductor (si corresponde): _____

**Esta autorización estará vigente hasta que se tramite la solicitud, salvo que se indique lo contrario a continuación.
Esta solicitud podrá revocarse en cualquier momento mediante solicitud por escrito dirigida al responsable de los registros.**

Caduca a los seis meses de la fecha especificada: ____/____/____