

## Autorización para revelar información médica protegida (PHI)

Expediente médico n.º: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_  
Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

### 1. Por la presente autorizo la revelación de mi información médica protegida de:

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): \_\_\_\_\_

### 2. Por la presente autorizo la revelación de mi información médica protegida a:

Nombre de la organización/persona: \_\_\_\_\_  
Dirección (calle, ciudad/estado, código postal): \_\_\_\_\_

### 3. Información a revelar (díganos qué información necesita):

- Información a revelar para el siguiente rango de fechas \_\_\_\_\_ hasta, \_\_\_\_\_
- Informes del médico y resultados de pruebas
  - Solo informes de radiología
  - Imágenes de radiología—especifique:  Radiografía  Ultrasonido  
 Tomografía computarizada (CT)  MRI  Mamografía
  - Solo pruebas de laboratorio
  - Expediente médico completo (todas las páginas), excluye imágenes de radiología
  - Registros de facturación
  - Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Nota: Se requiere una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de notas de psicoterapia, según se define en las reglamentaciones federales que implementan la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico).**

### SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO

Identificación verificada por (nombre): \_\_\_\_\_  
Verificado por (método):  Identificación con foto  Coincidencia de firma  
 Otro: \_\_\_\_\_



**4. Autorización especial (díganos si tenemos permiso para revelar la siguiente información confidencial):**

Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información:

- Resultados de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)
- Información sobre tratamientos por abuso de alcohol/drogas \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)
- Información sobre tratamientos de salud mental \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)
- Resultados de pruebas genéticas \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)

**5. Propósito del uso o revelación solicitados (díganos cómo usará los registros):**

- Continuación de la atención médica    Uso personal    Seguro
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- Limitaciones, si las hay: \_\_\_\_\_

**Formato solicitado (SOLO marque uno):**

- Copia en papel    Disco compacto (CD)    MyChart/Portal en línea
- Email (encriptado), escriba una dirección de email: \_\_\_\_\_
- Email (sin cifrar, nota—si solicita que se envíe información por email sin cifrar, existe un mayor riesgo de que un tercero no autorizado lea la información), escriba una dirección de email: \_\_\_\_\_
- Otro (debe acordarse entre el paciente y el proveedor): \_\_\_\_\_

**6. Método de revelación (SOLO marque uno):**

- Correo    Email    Fax    Recogida (si corresponde)    MyChart/Portal en línea

**7. Vencimiento:**

Esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente durante (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_ (inicial) \_\_\_\_\_

**8. Sus derechos:**

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi aptitud para obtener beneficios de tratamiento, pago o elegibilidad.

- Puedo revisar u obtener una copia de la información médica que se me pide que permita el uso o la revelación.
- La información revelada conforme a esta autorización podría ser revelada nuevamente por el destinatario. Dicha revelación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica la siga revelando a menos que obtenga otra autorización mía para tal revelación o que dicha revelación sea específicamente exigida o permitida por la ley.
- Mi revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta autorización.
- Revoco esta Autorización para revelar información médica protegida Fecha de revocación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Si esta casilla está marcada, Community Health Partners recibirá una compensación por el uso o revelación de mi información médica.

**9. Firma (como lo exige la ley):**

\_\_\_\_\_  
Firma: (Paciente / Representante / Tutor)                      Fecha:                      Hora:

\_\_\_\_\_  
Si quien firma no es el paciente, escriba el nombre en letra de molde e indique el vínculo con el paciente.

**El representante autorizado que firma por el paciente también debe presentar copias de los documentos legales que describen la asignación de esta autoridad del representante personal.**

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n.º 1/Nombre en letra de molde/Título      Fecha:                      Hora:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo n.º 2/Nombre en letra de molde/Título      Fecha:                      Hora:  
(Se requiere la firma del testigo n.º 2 si el paciente marca con una "X").

**10. Firma del intérprete, si corresponde:**

Leí con precisión y en su totalidad el documento anterior para:

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente / representante legal

En \_\_\_\_\_, el idioma principal del paciente o representante legal. Él/ella entendió todos los términos y condiciones y reconoció su aceptación firmando el documento en mi presencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete / Nombre en letra de molde / Título    Fecha:    Hora: