

Autorización para divulgar información médica protegida

Sección 1:

| | |
|---|--|
| Nombre del paciente (apellido, nombre): | |
| Fecha de nacimiento: | Número de teléfono: |
| <u>El Camino Hospital (ECH)</u> está autorizado para divulgar la información médica protegida del paciente antes mencionado al siguiente destinatario: | Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono (Phone): _____ |

Sección 2a:

Tipos de informes que se divulgarán:

- Información pertinente:** incluye informes médicos Y todos los resultados de pruebas (radiología, laboratorio, patología, electrocardiograma)
- Otro (*especificar*) _____

Sección 2b:

Información médica especialmente protegida:

Ingrese sus iniciales a continuación para la divulgación de informes de VIH, salud del comportamiento o drogas/alcohol

- _____ Resultados de pruebas de detección del VIH
- _____ Salud del comportamiento
- _____ Drogas/alcohol

Sección 3a:

Fecha(s) de servicio: _____

Sección 3b:

Motivo:

- Continuación de la atención médica
- Solicitud del paciente Otro

Sección 4a:

Formato: (seleccione uno)

- Papel**
- CD** Los informes se brindarán en medios electrónicos ECH, protegidos por contraseña. Si se envían por correo, la contraseña se enviará por separado.
- MyCare** (Nota: Debe tener una cuenta MyCare activa para recibir informes a través del portal de pacientes)

Sección 4b:

Método de entrega: (Seleccione uno)

- Correo
- Retiro en el departamento de gestión de la información médica (Mountain View: Historias clínicas)

Sección 5:

Limitaciones sobre el uso de la información por parte del destinatario:

Vencimiento de la autorización: Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario de la siguiente manera:

Sección 6:

Aviso sobre derechos y otra información:

- Comprendo que la autorización para divulgar esta información es voluntaria. Si me niego a firmar esta autorización, la información solicitada no será divulgada.
- El tratamiento, el pago, la inscripción, o la elegibilidad para los beneficios no dependerán de la firma de esta autorización. Sin embargo, si se necesita esta autorización para participar en un estudio de investigación, es posible que me nieguen la inscripción en el estudio de investigación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, estar firmada por mí (o un representante legal) y enviarse a:
El Camino Hospital – Departamento de gestión de la información médica
2500 Grant Road (M/S ECHG23)
Mountain View, CA 94040
- Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido liberada basada en esta autorización.
- La información liberada basada en esta autorización podría ser liberada nuevamente por el destinatario y ya no estaría protegida por la ley federal. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe información médica la libere sin autorización, a menos que la ley lo requiera o lo permita.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para la que estoy autorizando la divulgación.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Sección 7:

Firma del paciente o del representante legal

Nombre en letra imprenta: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si la firma es de otra persona que no es el paciente, indique su relación legal con él paciente: _____ Testigo: _____

Departamento de gestión de la información médica / Historia clínica

Teléfono (Phone): 650-988-7462

Fax: 650-988-8246

