

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Yo, _____, por lo presente autorizo el uso o la divulgación de la información de salud protegida de los registros de salud del paciente que se indica a continuación (en letra de imprenta clara):

Nombre del paciente:	SSN:
Número de teléfono:	Fecha de nacimiento:
Divulgar información a: Reenaben Patel, M.D.	Recibir información de:
Persona/Organización:	Persona/Organización:
Dirección: 2390 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92544	Dirección:
Número de teléfono: (951) 925-1449	Número de teléfono:

Propósito de la divulgación:

- Acceso personal Otro (Describe: _____)
- Atención continua

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia y resultados de pruebas de VIH.

El tipo de registros y las fechas de servicio que se publicarán o divulgarán son los siguientes. Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro completo (incluida la información sobre el tratamiento de alcohol/drogas) | <input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental que excluyen otros diagnósticos (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Registro completo (excluyendo la información de tratamiento de alcohol/drogas) | <input type="checkbox"/> Lista de problemas |
| <input type="checkbox"/> Información de facturación | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes de rayos X |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia |

Fecha(s) de servicio: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Caducidad de la autorización

La autorización caducará automáticamente seis meses después de la fecha de ejecución, a menos que se indique lo contrario.

Tus derechos

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi revocación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios. **Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se usará o divulgará, según lo dispuesto en 45CFR 164.508 (d) (1), (E) (2).** Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar la autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a: Hemet Community Medical Group/filiales, Member Services Department, 41885 E. Florida Ave., Hemet, CA 92544. Mi revocación será efectiva al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta Autorización.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Se solicita al destinatario de esta información que no vuelva a divulgar esta información sin mi autorización para la divulgación. Reenaben Patel, M.D., sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación indebida de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.



PROMISECARE
Quality Healthcare. Promised.

Reenaben Patel, M.D.

2390 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92544

(951) 925-1449

<https://drpatel.health/>

Una copia o fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que si se hubiera presentado en original.

POR: _____

Paciente o Representante

Fecha

Relación

Impreso/Firma

POR: _____

Firma del Testigo

Fecha

Impreso/Firma

Solo para uso de la oficina

Autorización recibida por: _____

Fecha: _____

Identificación del paciente/representación: _____

Verificada por: _____

El paciente ofreció/recibió una copia de esta autorización: S/N

Ubicación del gráfico: _____