



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información médica personal. Si no proporciona toda la información solicitada podría invalidar esta Autorización.

Información a ser divulgada de los registros de:

Nombre del paciente: _____ Otro nombre usado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Numero de Cuenta: _____ (Opcional)

Por la presente autorizo:	Para ser divulgado a:
_____	_____
Personas/Organizaciones	Personas/Organizaciones
_____	_____
Dirección - Calle	Dirección - Calle
_____	_____
Ciudad/Estado/Código postal	Ciudad/Estado/Código postal
	Número de fax: _____

Tipo de divulgación solicitada: (15 días para paciente y 30 días para otros)

Archivos en un CD

FHCN no incluirá la información sobre tratamiento de salud mental, resultados de análisis del VIH o información sobre tratamiento de alcoholismo y drogodependencia, a menos que se hayan marcado las casillas correspondientes.

Copias impresas

FHCN no incluirá la información sobre tratamiento de salud mental, resultados de análisis del VIH o información sobre tratamiento de alcoholismo y drogodependencia, a menos que se hayan marcado las casillas correspondientes.

Puede divulgarse la siguiente información (marque todos los que correspondan)

Últimos dos años de registros médicos

Últimos siete años de registros médicos

Toda la información médica relacionada con mi estado médico (Para instalaciones de Fresno, solo registros de el 1^{ro} de Noviembre de 2014, en adelante.)

Solo las siguientes fechas o tipos de información: _____

Todos mis antecedentes odontológicos o mi estado dental y tratamiento odontológico recibido

Los registros de farmacia y medicamentos recetados de Family HealthCare Network

Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información (marque todos los que correspondan)

Información del tratamiento de salud mental Información genética

Resultados del análisis del VIH Información sobre el tratamiento del alcoholismo o la drogodependencia

Propósito del uso o la divulgación solicitados/Motivo para la transferencia

<input type="checkbox"/> Se muda fuera del área	<input type="checkbox"/> Aseguranza
<input type="checkbox"/> Solicitud personal	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado	<input type="checkbox"/> Administración de casos de una organización externa
<input type="checkbox"/> Traslado a la atención médica de otro médico:	<input type="checkbox"/> Otro:
(especifique el motivo): _____	(especifique el motivo): _____

Mis derechos:

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi denegación no afectará mi capacidad de obtener tratamiento ni el pago o la elegibilidad para beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica para la cual me están solicitando permiso para el uso y divulgación. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito, firmado por mí o en mi nombre, y presentarlo a la siguiente dirección:

Family HealthCare Network
Health Records Department
305 E Center Avenue
Visalia, CA 93291
Phone 559-737-4706
Fax 559-737-4931

Mi revocación tomará efecto en el momento de su recepción, excepto en la medida en la que otros hayan actuado de conformidad con los términos de la Autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Vencimiento: Esta autorización vence (inserte la fecha o describa el acontecimiento): _____
(si la fecha está en blanco, la Autorización vencerá un año después de la fecha de la firma de este formulario).

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser revelada nuevamente por el destinatario. Tal revelación ya no estará protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPPA). Sin embargo, de acuerdo con la ley de California, el solicitante no podrá revelar la información médica a menos que se reciba una autorización por escrito o que la ley lo exija o permita específicamente.

Firma: _____ Fecha _____ Hora _____ AM/PM
(Paciente/Padre/Madre del Paciente/representante legal)
Si firma una persona que no sea el paciente, indique su relación legal con el paciente: _____

Nombre Impreso: _____
(Padre/Madre del Paciente/tutor, representante legal)

Firma del testigo/Personal de FHCN _____
(Inicial del nombre, apellido completo y cargo)