



# 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 (solo para uso del personal): \_\_\_\_\_

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

### Método de liberación:

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 de salud relacionada con mi condición médica, **mental (se requiere autorización específica)** o física y el tratamiento recibido. (Para el Centro de Atención Ambulatoria, Servicios Quirúrgicos o Servicios de Manejo de Enfermedades de Fresno, solo registros desde el 1 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 sobre el tratamiento del alcoholismo o la drogodependencia

Información genética

Resultados de la prueba del VIH (para los Servicios Especializados de Fresno, Ryan White/Clinica VIH de Fresno, Ryan White/Clinica VIH, solo registros del 25 de junio de 2018 al 29 de junio de 2023.)

**Propósito del uso o la divulgación de información médica/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:
(indique el motivo): _____	(indique 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 mi o en mi nombre, y presentarlo a la siguiente dirección:

**Family HealthCare Network**  
**Health Records Department**  
**409 N Bridge St**  
**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)