

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Al completar este documento se autoriza el uso de información médica individualmente identificable, como se delinea más adelante, de acuerdo con las leyes Federales y de California concernientes a la privacidad de tal información. **Esta autorización podría quedar anulada si no se proporciona toda la información solicitada.**

Por este documento autorizo a **Anaheim Regional Medical Center** a que utilice o divulgue mi información médica protegida de la siguiente manera:

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: | | |
|---|---------------------|-------------------------|
| Nombre del paciente: Apellido | Nombre | Segundo nombre |
| Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Fecha(s) de tratamiento |
| TELÉFONO DE CONTACTO () _____ <input type="checkbox"/> Deje mensaje solo con el número a llamar | | |

| ENTRÉGUESE LA INFORMACIÓN A: | |
|---|-----------------|
| Marque uno con un círculo: Persona / Organización / Paciente | |
| Nombre: | |
| Dirección: | |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | Teléfono () |

| SOLICITO COPIAS DE MI HISTORIA CLÍNICA POR LA SIGUIENTE RAZÓN: | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FAX Para mi médico (sin cargo) | <input type="checkbox"/> Como empleado (sin cargo) |
| <input type="checkbox"/> A RECOGER Como el paciente (cargo de \$0.25 por página) | <input type="checkbox"/> Para citaciones legales (tarifa de testigo de \$15) |
| <input type="checkbox"/> CORREO Como el paciente (cargo de 0.25 por página más costo de correo) | <input type="checkbox"/> Para abogado (Facturación previa solamente) |

| TIPO DE INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda información médica concerniente a cualquier historia clínica, afección mental o física y tratamiento recibido, EXCEPTO información confidencial delicada, registros psicológicos o psiquiátricos, abuso de sustancias (drogas /alcohol) y enfermedad contagiosa incluido VIH/SIDA, hepatitis o enfermedades venéreas. | |
| <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros o tipos de información médica que se indican a continuación: | |
| — Hoja frontal | — Resumen de Alta |
| — Toda la historia clínica | — Resumen de Historia |
| — Información pertinente | — Informes operativos |
| — Informes de Cardiología | — Informes de Emergencia |
| | — Informes de radiología |
| | — Informes de laboratorio Especifique |
| | — Otros - Especifique |
| | — Informes de Patología |
| | — Consulta |

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:

- ◆ Puedo negarme a firmar esta autorización. Si se niega a firmar, no podremos entregarle su historia clínica a usted o a quien la solicite.
- ◆ Puedo anular esta autorización en cualquier momento. Mi anulación se debe hacer por escrito, debe estar firmada por mí o en mi nombre y entregada o enviada por correo a:

Health Information Management Department
 Anaheim Regional Medical Center
 1111 W. La Palma Ave.
 Anaheim, CA 92801
- ◆ Mi anulación entrará en vigencia al recibirla, pero no tendrá vigor en la medida en que el interesado u otros hayan actuado confiando en esta autorización.
- ◆ Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- ◆ El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.
- ◆ El destinatario podría volver a divulgar la información que fue revelada en conformidad con esta autorización, en cuyo caso podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica la vuelva a divulgar a menos que se obtenga de mí otra autorización de divulgación o que la ley requiera o permita tal divulgación.
- ◆ Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica protegida que se me pide que divulgue.
- ◆ El pedido de divulgación de información tarda en procesarse de 5 a 7 días hábiles. Para conocer el estado de su pedido, puede llamar al 714.999.6126.

VENCIMIENTO Y FIRMA:

| | |
|--|---|
| A menos que yo anule esta autorización se vencerá seis (6) meses después de la fecha en que se firmó o según se especifique. _____ | <input type="checkbox"/> Deseo recibir una copia de esta autorización Iniciales _____ |
| Firma (Paciente, representante, cónyuge): | Fecha: _____ Hora: _____ |
| Nombre en letra de imprenta (Paciente, representante, cónyuge): | Relación legal con el paciente: _____ |

ANULACIÓN DEL PEDIDO

| | | |
|--|---------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Deseo anular esta Autorización para el pedido del uso o la divulgación de información médica protegida. | | |
| Firma (Paciente, representante, cónyuge): | Fecha: _____ | Hora: _____ |
| Nombre del paciente en letra de imprenta (Paciente, representante, cónyuge): | Relación legal con el paciente: _____ | |
| Firma del representante de ARMC: | Fecha: _____ | Hora: _____ |

OFFICE USE ONLY:

| | | |
|---|-------------|-------------|
| Identity of requestor validated either with government issued picture ID or comparison of signatures documented in records. | Date: _____ | Time: _____ |
| Records Received By: | Date: _____ | Time: _____ |
| Records Mailed Out To: | Date: _____ | Time: _____ |
| ARMC Representative Signature: | Date: _____ | Time: _____ |