



**AUTORIZACION PARA EL ACCESO O REVELACION DE INFORMACION  
PROTEGIDA DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ M.R# ó No. De Cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Alias/ Otro Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Cubre el periodo de cuidado de salud de (fecha) \_\_\_\_\_ a (fecha) \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a el Hospital Comunitario de El Monte a divulgar información a:**

\_\_\_\_\_  
**(Persona/Organización autorizada a recibir información)**

\_\_\_\_\_  
**(a esta dirección) Calle, Ciudad, Estado y Código Postal**

**Puede que haya una cuota asociada con su pedido.** La forma de cómo obtenga su información determinará el costo de la cuota.

**A. Para usted mismo:** Le gustaría tener acceso a su información médica por la siguiente razón:  
(marque una)

- Inspeccionarla solamente
- Copia solamente (Se aplica cuota monetaria)
- Inspeccionarla y copia (se aplica cuota monetaria)

**B. Puede obtener lo siguiente en lugar de su record medico:**

- Un resumen por escrito de la información médica (cuota monetaria se aplica)

**C. Díganos que tipo de información quiere que se publique o recibir acceso a:** (marque todas las que necesite)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Record de salud completo | <input type="checkbox"/> Record de la sala de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Resumen al darle de alta | <input type="checkbox"/> Notas de progreso               |
| <input type="checkbox"/> Historia y Físico        | <input type="checkbox"/> Examen de laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consultas    | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología          |
| <input type="checkbox"/> Record de cobros         |  |

Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Las siguientes clases de información están protegidas por las leyes especiales de privacidad y el acceso puede estar sujeto a reglas especiales ó puede estar restringida bajo ciertas circunstancias ó el acceso puede que requiera consulta de su doctor ó proveedor medico responsable por su cuidado antes de ser divulgada. Si usted está pidiendo acceso a records relacionados con cualquiera de lo siguiente, por favor ponga sus iniciales en todo lo que se aplique para confirmar su pedido.

\_\_\_\_\_ Salud mental ó record de tratamiento del desarrollo de la incapacidad (excluye notas de psicoterapia) – **Para ser divulgadas con la aprobación del cuidador principal. Vea pagina 4.**

\_\_\_\_\_ Record de tratamiento de abuso de sustancias

\_\_\_\_\_ **Resultados de exámenes de VIH (Esto autoriza la divulgación de resultados de exámenes de laboratorio solamente.** Note que sus records pueden incluir información referente al estado de su VIH aunque usted no marque esta línea.)

Todos los pedidos de pacientes (ó representate personal) para acceso a su información de salud son procesados en el orden recibido. Tan pronto como el hospital reciba y revise su pedido, lo contactaremos para darle una hora y lugar donde pueda inspeccionar y/ó obtener una copia de los records requeridos.

-----  
**Expiración:** Esta autorización automáticamente expira un (1) año después de la fecha de ejecución a menos que una fecha diferente sea especificada: \_\_\_\_\_

**(Indique la fecha)**

---

**Mis Derechos:**

- Puedo rehusar a firmar esta autorización. Mi negación no afecta mi habilidad de obtener tratamiento ó pago, ó elegibilidad de beneficios.
- Puedo inspeccionar ó obtener una copia de la información médica que me ha sido requerida de divulgar ó permitido usar.
- Puedo anular esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y mandarlo a la siguiente dirección:

**1701 Santa Anita Ave., South El Monte, CA 91733 Attn: Health Information Services**

Mi anulación puede tomar efecto al ser recibida, excepto a la extensión de que otros hayan actuado en dependencia de esta autorización.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.



Información divulgada de acuerdo a esta autorización puede ser re-divulgada por el beneficiario. Dicha re-divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de California y ya no puede ser protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para la divulgación de información de abuso de sustancias, el beneficiario esta prohibido de divulgar la información bajo el código 42 C.F.R. part 2.

---

He leído y confirmo los términos de acceso/divulgación indicados en este documento.

**Firma del Paciente/ Beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal (impresión): \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Identificación presentada: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado del hospital verificando la información: \_\_\_\_\_

---

Title: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Facility Use Only\*\*\*\*\*

Aprobada

Aprobada sujeta a las siguientes restricciones

Denegada (Nota: El acceso solo puede ser restringido ó denegado si se cree que proveyendo el acceso el probable que ponga en peligro la vida o seguridad del paciente.

Restricciones: \_\_\_\_\_

---

---

**PARA RECORDS DE SALUD MENTAL O PSIQUIATRICOS**

**APROBACION DEL CUIDADOR PARA DIVULGAR INFORMACION**

Los abajo firmantes, el doctor, psicólogo, ó trabajador social con una maestría en trabajo social, quien está a cargo del paciente \_\_\_\_\_ por la presente  aprueba  niega la divulgación de la información y records del paciente ó representante personal especificado en la presente.

(NOTA: Si la divulgación es negada, especifique las razones abajo y documente cualquier restricción para la divulgación del record. No se necesita aprobación para la divulgación al abogado del paciente, a menos que el pedido sea para uso ó divulgación de información dada en confidencia por la familia del paciente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

Imprima el nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(doctor, psicólogo, trabajador social)

Fecha: \_\_\_\_\_