



Condado de Fresno

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO, EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____ Registro # _____

Acceso, uso y divulgación de Información de Salud

Autorizo al acceso, la utilización o divulgación de la información de salud de la persona mencionada más arriba, que puede contener el historial médico, de salud mental o de abuso de sustancias, como así también información del tratamiento, de la siguiente manera:

Nombre de la organización o de la persona autorizada a acceder, usar o divulgar la información (información a ser liberada de): _____

Dirección: _____

Nombre de la organización o persona autorizada a recibir y usar la información (información para ser entregada a): _____

Dirección: _____

Señale aquí para autorizar el intercambio de información entre las organizaciones o personas mencionadas en el párrafo anterior

El tipo y la cantidad de información a la que se puede acceder, utilizar o divulgar es la siguiente:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Historial físico | <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos | <input type="checkbox"/> Nota de progreso |
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Plan de cuidados | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

Fechas de la información desde: _____ hasta: _____

Excepciones o información que no quiero divulgar: _____

Esta información será utilizada para el siguiente propósito:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coordinación/Continuidad de cuidados | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad para Asistencia Pública | <input type="checkbox"/> Apelación ante el Seguro Social | |
| <input type="checkbox"/> Reclamo por discapacidad | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Restricciones

La ley de California no permite a la organización o persona que reciba esta información, que acceda, use o divulgue más ampliamente mi información de salud protegida, a menos que la organización o la persona obtenga una nueva autorización de mi parte o que el acceso, utilización y divulgación sean específicamente requeridos o permitidos por ley.

2910: Attachment A

Autorización para el acceso, uso y divulgación de información de salud protegida

Derechos

Comprendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización:

1. Puedo negarme a firmar esta Autorización.
2. Tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización.
3. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, firmando la revocación al final de este formulario, o mediante una nota de revocación escrita, firmada por mí o en mi nombre. Puedo entregarla personalmente o enviarla por correo, a la siguiente dirección:

Comprendo que la revocación será efectiva sólo una vez que se la haya recibido. Comprendo que la revocación no alcanzará a aquella información que ya haya sido liberada en respuesta a esta Autorización.

4. No se me requerirá firmar esta Autorización como condición para obtener un tratamiento, un pago, o mi elegibilidad para beneficios.
5. Tengo derecho a ser notificado en caso de que el Condado de Fresno accediera, utilizara o divulgara mi información de salud protegida para acciones de mercadeo y recibir el pago por el acceso, uso o divulgación de dicha información.
6. Comprendo que puedo solicitar una restricción o limitación en cuanto al acceso, la utilización o divulgación de mi información de salud protegida.
7. Comprendo que la información divulgada conforme a esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del recipiente y ya no estar protegida por las leyes de confidencialidad, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) en inglés).

Caducidad

Esta Autorización caduca el: _____ En caso de no especificar una fecha o evento de caducidad, esta Autorización expirará en **un año**

Firma

Firmo esta Autorización voluntariamente y a sabiendas:

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letras de imprenta _____

Número de teléfono _____

Dirección _____

2910: Attachment A

Autorización para el acceso, uso y divulgación de información de salud protegida

En caso de que el firmante no sea el cliente/consumidor, establecer la relación legal con el cliente/consumidor: _____

Firma _____ Fecha _____

Relación _____

Testigo/Intérprete de idioma: _____

Yo revoco esta Autorización Firma: _____ Fecha _____