



**MORONGO BASIN  
COMMUNITY HEALTH CENTER**  
A SERVICE OF MORONGO BASIN HEALTHCARE DISTRICT  
Phone: 760-365-9305

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de la PHI especificada a continuación de los expedients médicos del paciente mencionado anteriormente..

**EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES (Marque una o más)**

- Seguro  Continuación de la atención médica  Escuela  Uso personal (*se aplica una cuota*)  
 Fines legales  Seguro Social/Discapacidad  Otro (indique motivo) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN A DIVULGAR/TENER ACCESO:** Fecha de servicio de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- Expedientes de tratamientos  Consultas médicos  Informes de diagnóstico por imagen u otros diagnósticos  
 Informes de laboratorio  Registro de vacunación  Expediente dental  VIH \_\_\_\_\_ *iniciales*  
 Salud mental (*que no sea psicoterapia*) \_\_\_\_\_ *iniciales*  Registros de Drogas & Alcohol \_\_\_\_\_ *iniciales*  
 Otro: \_\_\_\_\_

**DIVULGAR INFORMACIÓN A:**

Se puede divulgar la información anterior (especifique el nombre o título de la persona/organización a la que se divulgará la PHI y la dirección correspondiente)

Para: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por fax: \_\_\_\_\_  Por correo (*dirección*): \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN Y AUTORIZACIÓN:**

A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, \_\_\_\_\_. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se complete la divulgación descrita anteriormente, pero no se extenderá más allá de 6 meses a partir de la fecha de la firma. La firma de este formulario es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización y el derecho de inspeccionar u obtener una copia del material que se divulgará. **Consulte el reverso para obtener detalles sobre la divulgación de información y mis derechos.** He leído ambas páginas de este formulario y autorizo y solicito voluntariamente la divulgación mencionada anteriormente. Autorizo el uso de una copia, incluyendo un facsimil, de este formulario para la divulgación como se describe anteriormente.

Firma del paciente/  
representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre con letra  
de molde: \_\_\_\_\_

Relacion con  
el pacient \_\_\_\_\_  
(*Si firmado por alguien que no sea el paciente*)

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

## AVISO

Morongo Basin Community Health Center y muchas otras organizaciones, como hospitales y planes de salud, tienen la obligación de mantener confidencial la PHI suya. Si usted ha autorizado la divulgación de su PHI a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

La información en su expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, y/o servicios de salud mental o conductual.

## MIS DERECHOS

**Voluntario:** Entiendo que autorizar esta divulgación de la información identificada al reverso se hace de forma voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar un tratamiento de atención médica.

**Derecho a revocar:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al Morongo Basin Community Health Center 58383 29 Palms Hwy. Suite 101 Yucca Valley, CA 92284. La revocación entrará en vigor una vez recibida. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.

**Derecho a inspeccionar:** Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR 164.524 y que tengo derecho a una copia de esta autorización.

**Preguntas:** Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar a Morongo Basin Community Health Center al (760) 820-4011.

**Cuotas:** Para uso personal, no hay cargos por las primeras 15 páginas y \$ 0.25 por cada página adicional. Las cuotas se cobrarán antes de la divulgación. La solicitud se procesa en un plazo de 15 días posteriores a la recepción de la solicitud. Nos comunicaremos con usted por teléfono cuando la información solicitada esté disponible.

---

## FOR OFFICE USE

Name of staff person who verified identification/representative \_\_\_\_\_

Name of Provider: \_\_\_\_\_

I hereby approve / disapprove the release of information and records to the patient or legal representative specified herein.  
NOTE: If disclosure is disapproved, give reasons and note any restrictions to the release of information.

\_\_\_\_\_  
Provider's Signature \_\_\_\_\_ Credential \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_