MORONGO BASIN
COMMUNITY HEALTH CENTER
A SERVICE OF MORONGO BASIN HEALTHCARE DISTRICT

(760) 365-9305

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente (apellido, nombre):	Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono:

2. PARTE QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ Paciente ☐ Nombre de la persona u organización _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Fax: _____ Número de teléfono: _____

3. PARTE QUE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

Nombre de la organización:_____

Dirección:_____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Fax:_____ Número de teléfono: _____

4. OBJETIVO

☐ Continuidad de la atención	☐ Uso personal (*se aplica una tarifa)	☐ Asuntos legales	☐ Otro (especificar):_____

5. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

A. Información médica protegida (seleccione solo 1, 2 o 3)

☐ 1. Toda la información relacionada con mi atención médica.

☐ 2. La siguiente información:

- ☐ Información sobre salud mental.
- ☐ Información sobre salud dental.
- ☐ Información médica.
- ☐ Otra información (especifique): _____

☐ 3. Solo resultados de pruebas del VIH. Entiendo que los resultados de las pruebas del VIH se divulgan por separado del resto de la documentación médica. **Acepto que, al marcar esta casilla de resultados de pruebas del VIH, autorizo la divulgación de información médica especialmente protegida . Se requerirá una nueva autorización para divulgaciones posteriores.**

B. Información médica especialmente protegida (seleccionar si corresponde)

Entiendo que los tipos de información que se indican a continuación están sujetos a medidas de confidencialidad adicionales que exige la ley. Deseo que se divulgue la siguiente información médica especialmente protegida, si figura en mi expediente:

☐ Notas de psicoterapia

☐ Expedientes de tratamiento por consumo de sustancias

C. Fechas de servicio (seleccione una)

☐ Todas las fechas de servicio

☐ Solo las fechas de servicio comprendidas entre (introduzca las fechas): _____-_____

6. MÉTODO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

☐ Fax ☐ Retiro del paciente

☐ Correo postal ☐ Otro (especifique): _____

7. FECHA DE VENCIMIENTO

Esta autorización permanecerá en vigor según se indica a continuación (seleccione una opción):

☐ Esta autorización permanecerá en vigor hasta que el paciente la revoque.

☐ Esta autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha indicada a continuación.

☐ Esta autorización vencerá en la siguiente fecha: _____.

8. DERECHOS

Entiendo lo siguiente:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; mi negativa no afectará mi derecho a recibir tratamiento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida a Morongo Basin Community Health Center (MBCHC), Departamento de Expedientes Médicos.
- Si revoco esta autorización, mi revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, pero no afectará los usos o las divulgaciones realizados mientras mi autorización estuviera vigente.
- Es posible que solicite una copia de este formulario firmado.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una divulgación posterior por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal y estatal en materia de privacidad.
- Aunque no autorice la divulgación de mi información médica, MBCHC podrá compartir mi información confidencial con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como para otros fines que la ley exija o permita.

9. FIRMAS

Firma del paciente o de su representante:	Fecha:
Nombre del paciente o de su representante en letra de molde:	Relación con el paciente (si corresponde):

Si usted es el representante, debe presentar documentación que acredite su autoridad para actuar en nombre del paciente

**Tarifas: para uso personal, las primeras 15 páginas son gratuitas y cada página adicional cuesta $0.25. Las tarifas se abonarán antes de la entrega. La solicitud se tramitará en un plazo de 15 días a partir de su recepción. Nos pondremos en contacto con usted por teléfono cuando la información solicitada esté disponible.*