

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER COPIAS DE EXPEDIENTE MÉDICO

Hoag Memorial Hospital Presbyterian

Estimado Paciente:

Por medio de este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de la información sobre la salud personal tal como se indica a continuación, y de acuerdo con lo que la ley federal y del Estado de California decreta sobre la confidencialidad de dicha información. Esta autorización podría resultar inválida si no se proporciona toda la información solicitada.

Notificación de Derechos y Otra Información:

- Tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser hecha por escrito y firmada por mí o en mi nombre y entregada a Hoag Hospital, Health Information Department, One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92658. Mi revocación será efectiva al ser recibida pero no tendrá efectividad en caso de que la persona que lo solicite, u otras, ya haya actuando habiéndose basado en esta autorización.
- Tengo el derecho de recibir copia de esta autorización.
- La información divulgada por medio de esta autorización puede ser divulgada otra vez por quien la recibe y puede no estar ya protegida por la ley federal sobre confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe información sobre la salud mía la vuelva a divulgar a menos que obtenga otra autorización de mi parte para hacerlo o a menos que la ley requiera o permita específicamente tal divulgación.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sobre la salud sobre la cual se solicita el uso o la divulgación.

Completé la petición de información al dorso de la página...

Side 1 of 2



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Uso de la Autorización de Divulgación: Por la presente autorizo a Hoag Memorial Hospital Presbyterian a divulgar la información que se indica a continuación: (Indique la persona/organización autorizada para recibir esta información)

Nombre/Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo Será recogido por el paciente

Será recogido por un familiar Nombre: _____ Teléfono: _____

Medio Solicitado: Papel Disco compacto MyChart (servicios en o después de 4/28/18)

Esta Autorización Aplica a lo Siguiende:

Toda información sobre la salud relacionada a la historia clínica, estado de salud mental o físico y tratamiento recibido, **O**

Sólo los siguientes historiales o tipos de información sobre la salud: Fecha de Servicio: _____

Historial de emergencia Historia y Examen Físico Consultas Informe quirúrgico

Resumen de Alta Notas Médicas Sobre Progreso Ordenes Médicas Notas de Enfermera

ECG, EMG, EEG Informes de Radiología Historial de Anestesia Laboratorio/Patología

Imágenes de Radiografía/Disco Compacto, Tipo: _____ Otro: _____

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque lo apropiado):

Información sobre tratamiento de alcohol/droga Resultados de prueba de VIH

Información sobre tratamiento de salud mental

Se requiere autorización aparte para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

Motivo de Uso/Divulgación: Solicitud del paciente Atención médica adicional Seguro **O**

Otro: _____

Vencimiento: Esta autorización se vence (indique fecha): _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

[Paciente/Representante Legal]

Si la firma no es la del paciente, indique relación legal con el paciente: _____

Nombre del representante legal: _____

Procesado por: _____ Fecha: _____ Hora: _____

California Hospital Association (03/13)

**AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF
MEDICAL RECORDS – SPANISH**

JIT 2363-S

Side 2 of 2

Rev 04/26/18

Original – Chart

Copy – Patient

MR #



[7715]