marin community clinics

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente OR PLACE STICKER HERE	**Fecha de Nacimiento**	**Teléfono:** **E-mail:**
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal		

Divulgación de Registros DE:

Doctor/Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Divulgación de Registros A:(multi-agencia pagina 2, si es que es aplicable**)**

Doctor/Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

OPCION DE ENTREGA (POR FAVOR CIRCULE LO APROPIADO): PORTAL DEL PACIENTE / FAX / CORREO / LO RECOGO

REGISTROS QUE SERÁN DIVULGADOS (Por favor circule lo apropiado: DENTAL O MÉDICO):

☐ Expediente Completo del Paciente	☐ Notas de Consultas	☐ Resultados de Laboratorio	☐ Radiología (incluyendo imágenes)	☐ Otro
Fechas: DE: _____		**HASTA: _____**		

POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS APROPIADAS PARA INCLUIR:

☐ Salud de Conducta Mental	☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente	☐ VIH	☐ Abuso de Alcohol y Sustancias
☐ **Verbal** ☐ **Escrito** **Iniciales _____ Fecha:_____**	**Iniciales _____** **Fecha:_____**	**Iniciales _____** **Fecha:_____**	**Iniciales _____** **Fecha:_____**

OBJETIVO DE DIVULGACIÓN: ☐ Cambio de Doctor / Dentista ☐ Continuidad de Atención Médica

☐ Otro:_____

Autorizo que mi información sea divulgada con el propósito de mi cuidado médico. **Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente (fecha):_____.** Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando la información ya se haya divulgado. Entiendo que mi información de salud no puede ser usada o compartida de otras maneras a menos que yo dé otra autorización, o al menos que el uso esté específicamente permitido por la ley. Los destinarios de California deben obtener autorización de usted antes de revelar esta información. La institución, sus empleados, oficiales y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal por revelar mi información de salud en la medida en que estén autorizados. Entiendo que una copia de esta autorización es tan válida como el original. Tengo derecho a una copia.

_____ _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado Fecha

_____(____)____-_____ _____

Imprima Nombre y Teléfono del **Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado** Parentesco al Paciente