

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE

(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

Importante: Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

Nombre del paciente: _____

N.º de Kaiser _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a la aceptación o el rechazo de esta autorización.

Este documento autoriza a los siguientes centros médicos de Kaiser Permanente: _____

a dar a conocer información según se especifica a continuación para los siguientes fines: _____

Kaiser Permanente puede revelar esta información a:

Marque si es el mismo que el antes mencionado (divulgación al paciente)

Nombre del destinatario: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: () _____ N.º de fax: () _____

Correo electrónico: _____

Copias de expedientes o de información de expedientes médicos dentro de las siguientes fechas: de _____ a _____

Expediente del hospital y del consultorio (ambos) Expedientes de consultorios Expedientes del hospital

Expedientes limitados a un proveedor específico: _____ o departamento: _____

Radiografías Imágenes digitales por rayos X Resultados de análisis de laboratorio

NOTA: Es posible que como parte de esta autorización los expedientes del hospital y los consultorios incluyan la divulgación de información relacionada con la salud mental, el consumo de alcohol o drogas y referencias al VIH que esté incluida en esos expedientes.

No se divulgarán los expedientes de tratamientos de los departamentos de salud mental o de consumo de alcohol o drogas, ni los resultados de las pruebas de VIH a menos que usted firme a continuación.

Expedientes del departamento de Salud Mental → Firma: _____

Expedientes de tratamiento de farmacodependencia/alcoholismo → Firma: _____

Resultados del análisis de anticuerpos contra el VIH → Firma: _____

Tipo de medio: Electrónico Impreso

Preferencia de entrega: Correo electrónico/portal seguro Correo postal Se recogen personalmente

DURACIÓN: Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se indique aquí una fecha diferente _____ (fecha).

REVOCACIÓN: Usted o su representante pueden revocar esta autorización mediante una solicitud por escrito. Si la revoca, no afectará la información que ya se haya divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.

NUEVA DIVULGACIÓN: Una vez que se entregue esta información médica, es posible que la forma en que el destinatario la divulgue ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad (HIPAA). Los destinatarios de California deben obtener su autorización antes de volver a divulgar esta información.

Si solicita un formulario para completar, es posible que sustituyamos una versión estandarizada del formulario que proporcione la misma información solicitada o información similar.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha

Firma

Si no es el paciente, escriba su nombre y relación en letra de imprenta