

Completar este documento autoriza la divulgación y uso de información de salud acerca de usted. *No proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.*

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.:** \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por medio de este documento autorizo a VPH a divulgar la información seleccionada, incluyendo información sumamente confidencial, que será comunicada a:

\_\_\_\_\_  
*(Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información)*

\_\_\_\_\_  
*(Dirección – calle, ciudad, estado y código postal)*

#### Especifique la información que será divulgada:

- Registro Médico Completo
- Información específica (informes dictados, resultados de pruebas, etc.)
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SUMAMENTE CONFIDENCIAL** No que se divulgará a menos que se pongan las iniciales, abajo:

- Se divulgará información acerca de pruebas relacionadas con VIH/SIDA (incluyendo el hecho de que se haya ordenado, realizado o informado una prueba de VIH) a *menos que se pongan las iniciales aquí* \_\_\_\_\_.
- Dependencia de sustancias químicas: No para incluir el abuso de drogas, alcohol y sustancias, no se divulgará la documentación a *menos que se pongan las iniciales aquí* \_\_\_\_\_.
- Salud Mental: No se divulgará información a *menos que se pongan las iniciales aquí* \_\_\_\_\_.

**Fechas de Tratamiento:** \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(fecha)                      (fecha)

#### Propósito de la divulgación:

- Atención médica
- Uso personal
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

#### Vencimiento:

Esta autorización vence el: \_\_\_\_\_ *(vencerá en un periodo de seis (6) meses si se deja en blanco)* (fecha)

301-2290S (3/29/23) PATIENT I.D.



VALLEY PRESBYTERIAN  
HOSPITAL

**AUTHORIZATION TO USE / DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Page 1 of 2



**Derechos del Paciente:**

Tengo entendido que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Tengo entendido que la revocación debe realizarse por escrito y presentarse al Departamento de Gestión de Registros Médicos/Información de Salud. Tengo entendido que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Tengo entendido que la revocación no se aplicará en los casos en que la ley exija a Valley Presbyterian Hospital divulgar la información a un tercero.

Tengo entendido que una vez que se divulgue la información, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que la información no quede protegida por las leyes o normas federales de privacidad.

Tengo entendido que la autorización para usar o divulgar la información identificada anteriormente es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento médico. Por medio de este documento, Valley Presbyterian Hospital, sus empleados, funcionarios y médicos quedan libres de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Tengo entendido que Valley Presbyterian Hospital no denegará el tratamiento en base a si el paciente firma o no esta autorización.

Puedo comunicarme con Valley Presbyterian Hospital, Attn: Privacy Officer, 15107 Vanowen Street, Van Nuys, CA 91405 o por teléfono llamando al (818) 782-6600 si considero que mis derechos han sido violados.

Tengo entendido que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización a mi solicitud.

Copia solicitada y recibida:  Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

He leído y comprendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi información de salud. Con mi firma, por medio de este documento y de manera consciente y voluntaria autorizo a Valley Presbyterian Hospital a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Nota: Si el paciente es menor de edad o de lo contrario no puede firmar esta autorización, obtenga las siguientes firmas:

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta del representante personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Nota: Si actúa en calidad de Custodio, Beneficiario o Apoderado, debe presentar una copia de los documentos de su designación junto con esta autorización.

301-2290S (3/29/23) PATIENT I.D.



VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL

**AUTHORIZATION TO USE / DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Page 2 of 2

