



AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Información Del Paciente	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono: () _____ Correo electrónico: _____
Divulgar el archivo Medico a: <i>Donde quiere que Enviemos el archivo Medico?</i>	<u>Autorizo al Hospital Valley Presbyterian para divulgar el archivo medico a:</u> Nombre del Hospital/Clinica/Persona: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono () _____ Correo electrónico: _____
Propocito de la divulgacion	☐ Cuidados continuos ☐ Aseguranza ☐ Legal ☐ Uso personal ☐ Otros (por favor especifique): _____
Información de salud para ser Divulgada: <i>Qué registros se esta solicitando?</i>	Fechas de tratamiento: _____ ☐ Reporte de Consulta ☐ Reporte operativo ☐ imagenes de rayos X ☐ Reporte de alta ☐ Reporte de patología ☐ Reporte de emergencia ☐ Historial Fisico ☐ Notas de progreso ☐ Expediente médico completo ☐ Reporte de laboratorio ☐ reporte de radiología ☐ Registro de facturación
Informacion Sencible	La información confidencial no se divulgará a menos que se autorice específicamente a continuación: ☐ Control de nacimiento ☐ Servicios relacionados con el aborto ☐ Atención de afirmación de género ☐ Resultados de abuso de drogas y alcohol ☐ Información sobre pruebas genéticas ☐ Resultados de la prueba de VIH/SIDA ☐ Resultados psicológicos/vocacionales
Caducidad de Autorización	A menos que se revoque lo contrario, esta Autorización caduca _____ fecha o evento. Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización expirará 12 meses después de la fecha firmada.
Firma(s)	_____ (Firma del paciente/representante legal) Fecha _____ Firma del testigo (solo si el paciente no puede firmar) Fecha * Nota: Si usted actúa como un conservador, beneficiario o poder notarial, debe proporcionar una copia de sus documentos de cita con esta autorización.



AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Derechos del paciente

Inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que podrá ser usada para la toma de decisiones sobre su atención.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que la revocación debe ser por escrito y presentada al Departamento de Gestión de Información de Salud.

Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ha sido divulgada en respuesta a una autorización.

Entiendo que la revocación no se aplicará cuando la ley requiera que Valley Presbyterian Hospital divulgue información a un tercero.

Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y la información no puede estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento de la salud.

Valley Presbyterian Hospital, sus empleados, funcionarios y médicos están exentos de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

Entiendo que Valley Presbyterian Hospital no rechazará el tratamiento basado en 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 al (818) 782-6600 si siento que mis derechos han sido violados.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando así lo solicite.

Copia solicitada y recibida: ☐ Sí ☐ No Iniciales: _____

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud.

Por medio de mi firma, autorizo de manera consciente y voluntaria a Valley Presbyterian Hospital a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente