

Gestión de la Información Sanitaria
AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ SSN: _____
 Por favor, escriba con letra legible

Número de Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN A REVELAR POR:

Por la presente autorizo la divulgación de información en mi historial médico a (Nombre del Proveedor):

| | | | |
|-----------|--------|--------|---------------|
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Teléfono | Fax | | |
| _____ | _____ | | |

Incluyendo contenido relacionado con abuso de drogas o alcohol, notas psiquiátricas, notas de psicoterapia y diagnóstico y/o resultados de pruebas relacionadas con el VIH (SIDA). Exclusiones a las anteriores: _____

INFORMACIÓN REVELADA PARA: _____

SAN DIEGO

- Pushpendu Banerjee, MD
- Alberto Bessudo, MD
- Steven Eisenberg, DO
- Edna I. Flores, MD Laurie Frakes, MD
- Michael Kosmo, MD
- Joel M. Lamon, MD
- Edward F. McClay, MD
- Scott Simon, MD

FRESNO

- Amardeep Singh Aulaukh, MD
- Dexter Estrada, MD
- Sachin Gupta, MD
- Leonard T. Hackett, MD
- Steven Hager, DO
- A. Mustajeeb Haseeb, MD
- Dina Ibrahim, MD
- William J. Jawien, MD
- David Koster, MD

- Robert H. Lemon, MD
- Jedidah Monson, MD
- Rabia Parveez, MD
- Joseph Pascuzzo, DO
- Ravi D. Rao, MD
- Raymond C. Tan, MD

TIPO DE REGISTRO:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (sólo pertinentes) (Limitado a 2 años de información) | <input type="checkbox"/> Solo notas de psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Historia y exploración física | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Examen de evidencia |
| <input type="checkbox"/> Informe del operatorio | <input type="checkbox"/> Informe de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Informe de consulta | |
| <input type="checkbox"/> Otra información (especifique) _____ | |

El propósito o necesidad de esta información es:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Seguros | <input type="checkbox"/> Personal | |

CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

RESTRICCIONES / DURACIÓN / DERECHOS

- Autorizo la divulgación de la información especificada de mi historial médico.
- Entiendo que la información revelada de conformidad con esta autorización podría volver a ser revelada por el destinatario y pueden no estar protegidos por las leyes federales de confidencialidad (HIPPA). Sin embargo, bajo la ley de California, el solicitante no podrá utilizar o divulgar la información médica a menos que obtenga otra autorización por mi parte o a menos que tal uso o revelación sea específicamente requerido o permitido por la ley según las leyes de confidencialidad.
- Tengo el derecho de retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará información que ya ha sido utilizada o divulgada.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, pago, o mi elegibilidad para los beneficios no serán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan efectiva como el original.
- He recibido una copia de esta autorización.
- cCARE puede recibir una compensación por el uso o divulgación de mi información médica

FIRMA: _____
(Paciente/Representante Legal/Tutor)

FECHA: _____

Si firma una persona distinta del paciente, indique la relación: _____

Testigo: _____
Nombre con letra legible

Firma

(SÓLO PARA EL MÉDICO) Registros obtenidos en el curso del TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con un título de maestría en Trabajo, por la presente (aprueba) (desaprueba) la liberación de información y registros. Por favor, incluya debajo cualquier restricción sobre la liberación de registros. (Nota: No se requiere aprobación para liberar información al abogado del paciente). Si se deniega, por favor proporcione la razón.

Firma: _____ Date: _____

(Médico/Psicólogo/Trabajador Social)

Firma del intérprete si procede:

He leído completamente y con precisión el documento anterior a _____
Nombre del Paciente o Representante Legal

En _____, el idioma principal del paciente o representante legal.
Idioma

Él / Ella) entiende todos los términos y condiciones y reconoce (su) acuerdo al mismo firmando el documento en mi presencia.

Nombre del Intérprete: _____ Firma: _____

Registros Médicos de SAN DIEGO: Teléfono: (760)208-6730 Fax: (760)208-6735

Registros Médicos de FRESNO: Teléfono: (559)326-1222 x 4015 Fax: (559)326-1233