



Sección A: debe completarse para todas las autorizaciones

Terminación de este documento autoriza la divulgación y el uso de la información médica sobre usted. Falta de proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o médico; la información publicada ya no puede estar protegida por regulaciones federales de privacidad.

Uso y divulgación de información médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Personas/Organizaciones que provee la información: _____ Personas/Organizaciones que reciben la información: _____

Calle, Ciudad, Estado, ZIP: _____ Calle, Ciudad, Estado, ZIP: _____

Teléfono/Fax: _____ Teléfono/Fax: _____

Descripción específica de la información (incluyendo fecha (s)):

- Toda la información médica relacionada con mi historial médico, estado mental o físico
- y trato recibido;
- Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluyendo cualquier fecha):

4. Específicamente autorizo la siguiente información (Marque según proceda):

- Información de tratamiento de Salud Mental
- Resultados de pruebas de VIH
- Información de tratamiento de Alcohol/Drogas

Una autorización separada se les exige para que autoricen la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

Propósito

¿Cuál es el propósito del uso o divulgación?

Paciente Solicito; Otros: _____



Caducidad

Sección B: debe ser completada para todas las autorizaciones, el paciente o representante del paciente debe leer y poner sus iniciales a las siguientes afirmaciones:

1. Entiendo que esta autorización vencerá en _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la organización proporciona por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en mis acciones tomaron antes de que recibieran la revocación. Initials: _____

Mis derechos

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi habilidad para obtener tratamiento O pago o elegibilidad para beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que me pide para permitir el uso o divulgación de.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a Siguiete Dirección: 4900 California Avenue, Suite 400B, Bakersfield, CA 93309

Mi revocación entrará en vigencia tras la recepción, excepto en la medida en que otros han actuado en la dependencia con esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Información revelada en virtud de esta autorización podría ser revelada por el recibo. Tales revelar, en algunos casos, no está prohibido por la ley de California y ya no puede proteger por leyes federales de confidencialidad (HIPPA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información de salud de hacer más divulgación de él a menos que otra autorización para tales divulgación se obtiene de mí o a menos que dicha divulgación es específicamente solicitado o permitido por la ley.

Si se marca esta caja , el solicitante recibirá compensación por el uso o la divulgación de mí información.

Firma del paciente o del paciente Representante Legal
(Formulario debe ser completado antes de firmar)

Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

Nombre del Representante Legal del paciente:

Relación con el paciente:

*** USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN ***

Usted no puede utilizar este formulario para la divulgación de información para el tratamiento o pago, excepto cuando la información que se publicará notas de psicoterapia o cierta información de la investigación.