

Antelope Valley Hospital
A facility of Antelope Valley Healthcare District
 1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534
www.avhospital.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de la información médica que permite la identificación personal, como se indica a continuación, en concordancia con las leyes Federales y de California sobre la confidencialidad de dicha información. No proporcionar *toda* la información puede invalidar esta autorización.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	
Nombre del paciente: Apellido Nombre de pila Letra inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Por medio de la presente, autorizo al hospital Antelope Valley a que entregue la información médica confidencial del paciente mencionado en la parte superior, a:

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA			
Divulgar a/ Autorizado para recibir la información: _____ (Nombre completo de la persona u organización)			
Domicilio (dirección completa)	Ciudad	Estado	Código Postal

Entregar:

- Toda la información pertinente a cualquier antecedente médico, trastorno físico o mental y tratamiento recibido.
- Resumen únicamente (Hoja frontal, apuntes y reportes dictados por los médicos e informes de diagnóstico)
- Limitado a reportes específicos _____

Límites: Autorizo, específicamente, la entrega de la siguiente información (marque una casilla según sea apropiado):

- Médica general/Quirúrgica Historial de salud mental Resultados de los exámenes del VIH
- Otro-especifique: _____

Fechas de atención: Todas Fechas específicas _____

Método de entrega: por correo recogerlo en persona revisarlo e inspeccionarlo
 enviarlo por fax al # _____ otro _____

¿Desea que le notifiquemos por teléfono si su archivo ha sido enviado por fax? Si No

Si así lo desea, indique su número de teléfono: _____

¿Es para una cita? No Si Fecha en la que se necesita: _____

Objetivo: La información médica confidencial se utilizará o divulgará con la siguiente intención:

Uso personal Continuación de cuidados Otros-especifique _____

Fecha de caducidad: Esta autorización caduca un año después de haberla firmado, a menos, que se especifique alguna otra fecha o un evento: _____

Fecha o evento

Se requiere una autorización por separado para la divulgación o utilización de los apuntes de psicoterapia.

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación y entregada en la siguiente dirección: Antelope Valley Hospital – Medical Records Department (Departamento de Archivos Médicos) 1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534

La cancelación tendrá efecto al momento de ser recibida, pero su vigencia no afectará las acciones del solicitante o de terceros basados en esta autorización.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que me piden usar o divulgar.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

La información que se divulgue de acuerdo a esta autorización puede ser transmitida nuevamente por el receptor. Esta re-transmisión no está, en algunos casos, protegida por las leyes de California y por la ley federal de confidencialidad (HII PAA, por sus siglas en inglés)

Puedo reusarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para un beneficio.

FIRMA

Fecha	Firma (paciente/ representante/ cónyuge/ parte responsable de la parte financiera)
-------	--

Si firma un tercero y no el paciente, indique su relación legal con el paciente:

Deletree su nombre:	Número de teléfono:
---------------------	---------------------

Dirección

ID Verified / Verificación de identificación
 Picture ID Wristband Signature Comparison
 Last 4 digits of social security number _____ Other: _____

Witness Signature /Firma de un testigo	Print name and title/ Nombre y título del testigo	Date/ Fecha
--	---	-------------

FOR MEDICAL RECORDS DEPARTMENT USE ONLY ÚNICAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVOS MÉDICOS

Copy of this form to requestor? Yes No NA
Charges/Deposits discussed? Yes No NA