



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

No presentar toda la información puede anular esta autorización

Autorización para copias del expediente médico: Impresas Electrónicas Otro: _____

Información del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido) (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿A quién quiere pedir el expediente?

Nombre del proveedor de atención médica o del centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

¿A dónde quiere que se envíe el expediente? (Nota: solo podemos revelar información que usted autorice)

Marque la casilla si el expediente se envía solo al paciente. No es necesaria ninguna otra acción en esta sección.

Nombre del proveedor de atención médica o del centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es el propósito de esta revelación?

Atención continua

Seguro

Legal

Uso personal

Otro (especifique): _____

(continúa)



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

No presentar toda la información puede anular esta autorización

Información para revelar

Fechas de tratamiento: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historia y reporte físico | <input type="checkbox"/> Reporte de radiología | <input type="checkbox"/> Radiografías/CD con imágenes |
| <input type="checkbox"/> EKG/ECHO | <input type="checkbox"/> Reporte operativo | <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Reporte de la consulta | <input type="checkbox"/> Expediente de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Reporte de patología | <input type="checkbox"/> Expediente de facturación | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | |

Expediente de paciente ambulatorio/clínica - Nombre de la clínica/proveedor: _____

Las leyes estatales/federales exigen una autorización específica para revelar los siguientes tipos de información:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del HIV |
| <input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva |
| <input type="checkbox"/> Atención de afirmación de género | | |

Comprendo que mi expediente médico reproductivo está protegido según la ley estatal y no puede revelarse sin consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones (CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352) indiquen lo contrario.

Para las notas de psicoterapia es obligatoria una autorización por separado.

Cargos

Según California Evidence Code Sections 1560-1567 se pueden cobrar cargos por copias de registros médicos.

Instrucciones de entrega

- Enviar los registros directamente a la persona u organización especificada
- Llamar al solicitante cuando los registros estén listos para recogerlos:
Autorizo a (nombre en letra de molde) _____ para recoger las copias de mi expediente médico.
Relación con el paciente (en letra de molde): _____
- My CS-Link™ (portal para pacientes)
- Correo electrónico: _____
- Otro: _____



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

No presentar toda la información puede anular esta autorización

Aviso de derechos

Entiendo que:

1. Si me niego a firmar esta autorización, ello no afectará la posibilidad de recibir tratamiento.
2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica para la que autorizo su uso o revelación.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, **firmada por mí o en mi nombre y entregada a:**
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
8700 Beverly Blvd., Room 2800
Los Angeles, CA 90048
4. Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá ningún efecto sobre las medidas tomadas antes de recibir la revocación.
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
6. La información revelada según esta autorización se podría volver a revelar por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, conforme a la legislación de California, la persona que reciba mi información médica no podrá volver a revelarla a menos que yo autorice de nuevo dicha revelación o que la ley lo exija o permita específicamente.
7. Si este está marcado, el solicitante recibirá una remuneración por el uso o revelación de mi información.

Vencimiento

Sin mi revocación por escrito, esta autorización expirará automáticamente una vez cubierta la necesidad de revelación, pero en cualquier caso expirará a los 180 días a partir de la fecha de la presente, a menos que se especifique lo contrario:

Firma (paciente, poder para atención médica o representante legal)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Relación del representante legal