



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Si no se provee toda la información, es posible que esta autorización quede invalidada.

Autorización para: Hacer copias del historial médico [ ] en papel [ ] electrónicamente [ ] de otro modo
[ ] Inspeccionar o revisar el historial médico

Form with sections: Información del paciente, Divulgar a Solicitar a, and Información a divulgar. Includes fields for patient name, MRN, birth date, phone, address, and checkboxes for disclosure types and purposes.

Instrucciones de envío	<input type="checkbox"/> Envíe por correo el historial directamente a la persona u organización indicadas. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llame al solicitante cuando el historial esté listo para que lo pasen a buscar. Autorizo a _____ a buscar las copias de mi historial médico. Relación con el paciente: _____ <input type="checkbox"/> Mi CS-Link (Portal del paciente) <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Notificación de derechos	Tengo entendido que: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si me niego a firmar esta autorización, mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento.</li> <li>2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me está solicitando utilizar o divulgar.</li> <li>3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando un documento escrito, <u>firmado por mí o en nombre mío a Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Ángeles, CA 90048.</u></li> <li>4. Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación.</li> <li>5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</li> <li>6. La información divulgada de forma acorde a esta autorización puede ser nuevamente divulgada por el destinatario y tal vez ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud la divulgue adicionalmente, a menos que se obtenga autorización mía para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley.</li> <li>7. Si se marca aquí <input type="checkbox"/>, el solicitante recibirá compensación por el uso o la divulgación de mi información.</li> </ol>
Vencimiento	Si no la revoco por escrito, esta autorización vencerá automáticamente cuando se satisfaga la necesidad de divulgar la información pero, en todo caso, vencerá 180 días después de la fecha de la firma de este documento, a menos que se especifique algo diferente: _____
Firma	Firma: _____ Fecha: _____ <i>(Paciente, poder de representación para la atención médica o representante legal)</i> Relación con el representante legal: _____