

**LA CLINICA DE LA COMUNIDAD DE VISTA**  
**AUTORIZACION PARA EL USO, REVELACION O SOLICITUD DE INFORMACION DE SALUD**

No proveer *toda* la información pedida puede invalidar esta autorización.

**USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro(s) nombre(s) usado(s): \_\_\_\_\_

Yo, por este medio, autorizo el uso, revelación o solicitud de mi información de salud como sigue:

La Clínica de la Comunidad de Vista

Circule Uno

Persona(s)/Organizaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Reciber**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_

**Revelar**

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Numero de Fax \_\_\_\_\_

**Esta Autorización se refiere a la siguiente información (seleccione *solamente una* de la siguiente):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Archivos Médicos  | <input type="checkbox"/> Archivos del Abuso de Alcohol    |
| <input type="checkbox"/> Archivos Dentales   | <input type="checkbox"/> Archivos del Abuso de las Drogas |
| <input type="checkbox"/> Archivos de Salud Mental  | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiografías         |
| <input type="checkbox"/> Archivos de Vacunas   | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio          |
| <input type="checkbox"/> Consulta (s)  | <input type="checkbox"/> Resumen (es) de la dada de alta  |
| <input type="checkbox"/> Archivos de Síndromes de Inmunodeficiencias Adquirida (SIDA), o prueba o infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) | <input type="checkbox"/> Otra: _____                      |

Esta Autorización se vence [ponga la fecha o evento]: \_\_\_\_\_

Mi información de salud será usada solamente para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

(Yo puedo revisar u obtener una copia de la información de salud que me piden usar o revelar.)

**SUS DERECHOS**

El solicitante de mi información no puede condicionar tratamiento, pago u operaciones del cuidado de salud en una autorización firmada al menos que:

- La autorización es para la provisión de tratamiento relacionado a investigaciones.
- Para habilitar que el solicitante determine su obligación de pagar un reclamo.
- El propósito de la autorización es para permitir la creación de información para el propósito específico de revelársela a una tercera persona.

Yo puedo negarme a firmar esta autorización o yo puedo revocar esta autorización cuando yo quiera. Mi revocación tiene que ser por escrito, firmado por mí o de mi parte, y entregada a la siguiente dirección: La Clínica de la Comunidad de Vista, 1000 Vale Terrace, Vista, CA 92083. Mi revocación será efectiva al recibirla, pero no será efectiva a la magnitud que el solicitante u otros han actuado en dependencia a esta autorización. Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(paciente/ representante, esposa(o), persona económicamente responsable)

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, ponga su relación legal al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

*Si usted ha autorizado la revelación de su información de salud a alguien no requerido legalmente a mantenerlo confidencial, podría ser revelado de nuevo y es posible que no esté protegida. La ley de California prohíbe que el solicitante revele más de su información de salud al menos que el solicitante obtenga otra autorización de usted o al menos que tal revelación sea específicamente requerida o permitida por la ley. **El cobro por una copia de su expediente médico es de \$5.00.***