

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

Nombre: _____

Reciber

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 \$25.00.