

## CLÍNICA DE LA COMUNIDAD DE VISTA

### Autorización para el uso y / o divulgación de la información sobre salud

Lenar este documento autoriza la divulgación y / o el uso de la información de salud acerca de su historial médico. Esta solicitud puede ser invalidada si no se proporciona toda la información solicitada.

#### DIVULGACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

Otro(s) nombre(s) utilizado(s): \_\_\_\_\_ Registro médico #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo el uso, divulgación o solicitud de información sobre mi salud de la siguiente manera: (Llene todos los espacios)

Marque uno	Persona/Organización
<input type="checkbox"/> <b>Para mandar records a VCC:</b> Fax (760) 414-3892 o envíe por correo: Atención "Medical Records" 1000 Vale Terrace Drive, Vista, CA 92084 T: 760-631-5000 ext 1345	Nombre: _____  Domicilio: _____  Ciudad: _____
<input type="checkbox"/> <b>Para solicitar records de VCC:</b> Fax (858) 430-4075 Para seguimiento llame al (800) 560-3800 (Sharecare)	Estado: _____ Código: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

#### INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ

Las fechas de atención y / o servicios son del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.  
*Si no señala fecha, sólo se entregarán los últimos 6 meses.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Archivo médico          | <input type="checkbox"/> Informes de radiología                |
| <input type="checkbox"/> Archivo dental          | <input type="checkbox"/> Consultas con especialistas           |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones          | <input type="checkbox"/> Otros – especifique por favor : _____ |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |  |

#### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

Autorizo la entrega de la información siguiente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/<br>Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) –<br>Información – tratamiento | <input type="checkbox"/> Alcohol/ Drogas – Información- tratamiento   |
|  | <input type="checkbox"/> Salud mental – Información- tratamiento<br>Aprobación del Proveedor de servicios de salud mental:<br>_____ |

#### FORMATO SOLICITADO

Las solicitudes de records son procesadas por "Sharecare". Llame al (800) 560-3800 para información de su solicitud.  
 Tarifa: Recibirá un presupuesto previo a la liberación de records. Espere hasta 15 días.

Obtenga sus records Médicos **sin costo** a través del Portal del Paciente. Para inscribirse vaya a [www.vcc.org](http://www.vcc.org) y haga click en el enlace de 'Portal de Pacientes' en la parte superior de la página.

- Copia electrónica y encriptada     CD     Copia impresa

## CLÍNICA DE LA COMUNIDAD DE VISTA

Autorización para el uso y / o divulgación de la información sobre salud

### VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (fecha o evento) \_\_\_\_\_  
*Si no se indica una fecha, esta autorización vencerá a los 12 meses desde la fecha de la firma.*

### DIVULGACIÓN SOLICITADA O FINALIDAD DE USO

Mi información de salud será utilizada únicamente para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

### MIS DERECHOS COMO PACIENTE

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y puedo revisar u obtener una copia de la información que están solicitando de mi salud para uso y / o divulgación.
- El solicitante de mi información no puede condicionar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica en una autorización firmada, a menos que:
  - La autorización es para el suministro de tratamiento relacionado con la investigación.
  - Permitir que el solicitante determine su obligación para pagar una reclamación.
  - El propósito de la autorización es para permitir la creación de información con el propósito específico de la divulgación a un tercero.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, debo saber que por ley, mi información de salud no puede ser divulgada. Si niego dar mi firma mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.
- En cualquier momento puedo revocar esta autorización, pero tengo que hacerlo por escrito. La revocación debe ser firmada por mí o a mi nombre y entregarse a la siguiente dirección:  
Clínica de la Comunidad de Vista, 1000 Vale Terrace Drive Vista, CA 92084
- Mi revocación entrará en vigencia una vez que sea recibida, salvo en la medida en que otros ya la hayan utilizado basándose en esta autorización.
- Si yo he autorizado la divulgación de información de mi salud a alguien no obligado legalmente a mantener la confidencialidad, puede volver a ser revelada y tal vez no sea protegida. La ley de California prohíbe al solicitante que divulgue información de mi salud, a menos que el solicitante obtenga de mí una nueva autorización, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

### FIRMA

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Representante del paciente, cónyuge, o de la entidad financiera responsable*

Si la firma no es del paciente, indique la relación y su capacidad financiera legal: \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DE VCC

Witness/ Reviewer Name (Print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Request processed/ completed in-clinic by (Initials): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*If not completed in clinic, leave blank.*