

Autorización para Uso o Divulgación de Información Médica

Completar este documento autoriza la divulgación o uso de la información de salud e historial médico. El no proporcionar toda la información solicitada, podría causar que esta autorización sea considerada inválida.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA 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 (Complete todos los espacios):

Seleccione:	Persona / Organización
<input type="checkbox"/> Para enviar records a VCC: Via Fax(760) 414-3892 o envíe por correo: Atención "Medical Records" 1000 Vale Terrace Drive, Vista, CA 92084 T: 760-631-5000 ext 4916 E: vccmedicalrecords@vcc.org	Nombre: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P: _____
<input type="checkbox"/> Para solicitar records de VCC: Fax (760) 414-3892 E: vccmedicalrecords@vcc.org	Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ

Las fechas de servicio que solicito son apartir de: _____ al _____.
Si no indica fecha, sólo se entregarán los últimos 6 meses.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Records médicos | <input type="checkbox"/> Reportes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Records dentales | <input type="checkbox"/> Consultas con especialistas |
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Otros –(por favor especifique. Hospital, Emergencias, Previos Médicos, etc): |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | |

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA

Yo específicamente, autorizo el uso y la divulgación de la siguiente información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/ Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) Información de exámenes y tratamiento. | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas-Información-tratamiento |
| | <input type="checkbox"/> Salud Mental -Información-tratamiento |

FORMATO SOLICITADO

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

- Copia electrónica y encriptada
 Copia impresa
 Fax

VENCIMIENTO

Esta autorización vence el (fecha exacta) _____
Si no se indica una fecha, esta autorización se vencerá a los 12 meses de la fecha firmada

PROPÓSITO DEL USO DE LA DIVULGACIÓN SOLICITADA

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

- Cambio de residencia
- Cobertura de seguro médico
- Transferencia del cuidado médico (por favor especifique): _____
- Otro(s) (por favor especifique): _____

MIS DERECHOS COMO PACIENTE

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, puedo revisar y obtener una copia de la información que están solicitando de mi salud para uso 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 sea para la provisión 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 de que por ley, mi información de salud no puede ser divulgada. Mi negación no afectara la 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 mantenerla confidencial, puede volver a ser divulgada 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 la ley.

FIRMA

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____

Representante del paciente, cónyuge, o 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: _____

This is the name of the person who witnessed and reviewed the form for completeness

Request Processed/ Completed in-clinic by (Initials): _____ Date: _____

If not completed in-clinic, leave blank