



Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_  
(Do not affix label, print clearly)

## AUTORIZACION PARA USO / REVELACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Completando este formulario se autoriza el uso y/o revelacion de Informacion Medica Protegida (por sus siglas en ingles, PHI) identificable individualmente, por parte de la(s) persona(s) o entidad aqui identificada(s), de acuerdo con la ley estatal y regulaciones federales que rigen la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de los registros. Para ayudar a una tramitacion y entrega rapidas de su peticion, le rogamos complete este formulario en su totalidad y con exactitud.

### Parte 1: AUTORIZACION PARA USO Y/O REVELACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Nota al paciente: Las copias de los ultimos dos años de sus registros se envian gratis a proveedores externos cuando se especifique.

Yo, el paciente, \_\_\_\_\_, autorizo el uso y/o revelacion de mis registros medicos almacenados y conservados en Sansum Clinic.

**Formato preferido de los registros que se utilizaran y/o revelaran:** (Por Favor marque uno)

Papel  CD

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Identificaciones del Paciente:** (Fecha de nacimiento / 4 últimos dígitos del SS, etc.; *mínimo dos formas vigentes de identificación*): (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

DE: (Nombre y domicilio del proveedor/organización donde **guardan sus expedientes**)

A: (Persona/organización, incluyendo domicilio, autorizado **para recibir** los expedientes)

**Esta autorización se aplica a todos los siguientes expedientes** (marque **uno o más** de los siguientes):

**Toda** la información relacionada con mi historial clínico de los últimos dos años, así como el tratamiento proporcionado. [OPCIONAL] Con excepción (*Describe*): \_\_\_\_\_

Resultados de los exámenes para detectar la probabilidad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el agente probable causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Expedientes Psiquiátricos

Expedientes del abuso de sustancia

Expedientes sobre Abuso de Sustancias

**ÚNICAMENTE** los siguientes expedientes médicos o tipos de información sobre la salud, incluyendo cualquiera de las Fechas (*Describe*): \_\_\_\_\_

**Parte 2: La Sansum Clinic u otro solicitante (no el paciente) solicitan autorización**

La información confidencial de salud se utilizará para los siguientes propósitos:

- Continuidad de los cuidados
- Cambio de proveedor
- Elegibilidad para seguro / beneficios
- Proceso legal / acción
- Personal (*por solicitud del paciente*)
- Otro (*Especifique*) \_\_\_\_\_

Yo, el paciente, puedo inspeccionar u obtener una copia de los expedientes médicos que me piden que divulgue. Y tengo entendido que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados con que yo proporcione o me rehúse a proporcionar esta autorización.

**Parte 3: Vencimiento**

Esta autorización se vence [*INDIQUE FECHA O EVENTO*]: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Parte 4: Restricciones al solicitante (que no sea el paciente)**

**Las leyes de California prohíben al solicitante divulgar adicionalmente la información de salud protegida a menos que el solicitante obtenga otra autorización por parte del paciente para tal propósito o a menos que se requiera o sea permitido por ley que lo haga.**

*Nota al paciente: Si usted ha autorizado el uso o divulgación de la información de salud a alguien que no tiene la obligación de mantenerla en forma confidencial por ley, esta puede ser divulgada de nuevo y ya no gozar de protección. La ley de California prohíbe a los receptores de su información de salud que divulguen adicionalmente sus expedientes médicos excepto si cuentan con su autorización por escrito o como se requiera específicamente o sea permitido por ley.*

**Parte 5: Sus derechos y responsabilidades como paciente.**

- (A) Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- (B) Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá ser por escrito, firmada y fechada por mi o por mi representante y entregada a:

**Sansum Clinic, Health Information Services**  
**Attn: Release of Information (ROI) / Correspondence**  
**89 S. Patterson Avenue** Telephone: (805) 692-6435  
**Santa Barbara, CA 93111** Fax: (805) 692-4699

- (C) Mi revocación es vigente a partir de que se reciba pero no surtirá efecto hasta que el solicitante u otros puedan haber actuado confiando en esta autorización.
- (D) Tengo derecho a revisar y a recibir copia de esta autorización.

**Parte 6: Firma del paciente / autenticación**

Firmando esta Autorización, confirmo que representa mis deseos y que yo la entiendo en forma total y completa.

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ AM / PM [*marque cual*]

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Paciente/Representante del Paciente** [*marque cual*]

**Identificaciones del Representante del Paciente** (*Mínimo dos identificaciones, vea la página 1*)

(1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

**Si la firma anterior es del representante del paciente, diga la relación legal con el mismo:**

**Testigo de la Firma** (personal de la Clínica): \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_