

Autorización para divulgar información de salud protegida

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección Ciudad/Estado _____ CP _____ Teléfono _____

Propósito de la solicitud: ☐ Continuidad de la atención ☐ Personal ☐ Jurídico ☐ Seguro ☐ Otro Autorizo a _____

divulgar información a (Nombre) _____ Teléfono _____

Dirección de correo: _____ Ciudad/Estado CP _____

Dirección de correo electrónico _____ Fax _____

Fecha de intervalo del servicio (mes/año): De _____ a _____

Método de divulgación: ☐ Correo ☐ Correo elect. cifrado ☐ Retiro en persona ☐ Fax

Marque los archivos a ☐ Portal de pacientes (solo yo) ☐ Otro _____

continuación:

<input type="checkbox"/> Resumen de la visita: inc. anamnesis y exploración física (A y EF), resumen del alta, notas del profesional, informes y resultados. No incluye imágenes.	<input type="checkbox"/> Libreta de vacunas
<input type="checkbox"/> Notas sobre la consulta/evolución	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental*
<input type="checkbox"/> Tratam. contra drogadicción o alcoholismo*	<input type="checkbox"/> Nota operativa
<input type="checkbox"/> Informe de la sala de urgencias	<input type="checkbox"/> Tratamiento perinatal/reproductivo*
<input type="checkbox"/> Resumen del expediente clínico	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos
<input type="checkbox"/> Información genética*	<input type="checkbox"/> Radiografías
<input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física	<input type="checkbox"/> ETS/Enfermedades contagiosas*
<input type="checkbox"/> Otro _____	

*Por el presente brindo mi consentimiento para divulgar la información especializada antes mencionada en negrita.

(Firma obligatoria)

- Autorizo la divulgación de mi historia clínica, incluidas las fotografías.
 - Esta autorización es voluntaria y la divulgación se hace ante mi solicitud.
 - Si la organización autorizada a recibir la información no es un proveedor de planes de salud ni un profesional sanitario, es posible que la información divulgada ya no se encuentre protegida por los reglamentos federales de privacidad.
 - Está permitido hacer varias solicitudes si el propósito de la solicitud continúa siendo el mismo.
 - Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y si lo hago, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación escrita al departamento al que he autorizado a divulgar la información. No se aplicará ninguna revocación a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
 - No hace falta que firme este formulario para recibir un tratamiento de salud.
- Solicito que esta autorización venza el _____ 180 días a partir de la fecha de firma a continuación, y cubre solo la fecha del intervalo de servicio antes especificada.
- También soy consciente de que pueden aplicarse cargos (detallados a continuación).
- NOTA: Las tarifas/cargos cumplirán con todas las leyes y reglamentos aplicables a la divulgación de información. Las tarifas estándares son:

Al paciente: \$6,50 todas las páginas (entrega en CD o electrónica). La entrega mediante el portal de pacientes es gratis (todas las páginas).
Entrega en papel: De 1 a 10 páginas, gratis; de 11 a 99 páginas cuesta \$6,50; 100 o más páginas se entregan solo de manera electrónica.
(Se puede entregar al paciente un juego inicial de archivos e imágenes, sin costo, para que le entregue a su médico o a fines de derivación por incapacidad).

A un tercero: \$0,25 por página para archivos. Costo actual de la reproducción de radiografías.

Firma del paciente o representante legal

(Yo/Relación con el pac.)

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE HIM

N.º de hist. clín. del pac.: _____ Número de cuenta _____

Tipo/número de ID del solicitante: ☐ Licencia de conducir/ID estatal ☐ ID del gobierno

Si el paciente ha fallecido, indique la documentación: ☐ Certificado de defunción ☐ Poder general ☐ Testamento en vida Procesado

por Fecha _____ Reenviado a _____



27200 Calaroga Ave. Hayward, CA-94545
Ph: (510) 264-4039 Fax: (510) 264-4094

Authorization to Disclose Protected Health Information

Patient Name _____ Date of Birth _____

Address _____ City/State _____ Zip _____ Phone _____

Purpose of Request: ☐ Continuation of care ☐ Personal ☐ Legal ☐ Insurance ☐ Other _____

I authorize release to (Name) _____ Phone _____

Mailing address: _____ City/State _____ Zip _____

Email address _____ Fax _____

Date of service range (month/year): From _____ To _____

Method of release: ☐ Mail ☐ Encrypted email ☐ in person pick-up ☐ Fax

Select the records below: ☐ Patient Portal (Self only) ☐ Other _____

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Visit Summary: includes H&P, Discharge Summary, Provider notes, Reports & Results. Does not include images. |
| <input type="checkbox"/> Consultation/Progress notes |
| <input type="checkbox"/> Discharge summary |
| <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol treatment* |
| <input type="checkbox"/> Emergency room report |
| <input type="checkbox"/> Facesheet |
| <input type="checkbox"/> Genetic information* |
| <input type="checkbox"/> History & Physical |
| <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Immunization record |
| <input type="checkbox"/> Laboratory results |
| <input type="checkbox"/> Mental health treatment* |
| <input type="checkbox"/> Operative note |
| <input type="checkbox"/> Perinatal/Reproductive treatment* |
| <input type="checkbox"/> Radiology reports |
| <input type="checkbox"/> Radiology images |
| <input type="checkbox"/> STD/Communicable diseases* |

*I hereby consent to disclose the above bolded specialized information. _____ (Signature is required)

1. I authorize the release of my medical record, including photographs.
2. This authorization is voluntary and the disclosure is made at my request.
3. If the organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.
4. Multiple requests are authorized if the purpose of the request remains the same.
5. I have a right to revoke this authorization at any time, and if I revoke this authorization, I must do so in writing and present the written revocation to the department that I have authorized to release the information. Any revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
6. I need not sign this form to ensure health care treatment.

I request this authorization to expire on _____ or 180 days from the date signed below and **covers only the date of service range specified above.**

I am also aware that fees (outlined below) may apply.

NOTE: Fees/charges will comply with all Laws and regulation applicable to the release of information. Standard fees are as follows:

To patient: \$6.50 all pages (CD or electronic delivery). Patient Portal delivery is free (all pages).

Paper delivery: 1-10 are free, 11-99 pages are \$6.50, 100 or more pages are delivered electronically only.

(An initial set of records and images can be provided at no cost to a patient for the physician or disability referral.)

To third party recipient: \$0.25 per page for records. Actual cost of reproduction for Radiology images.

Signature of patient or legal representative

(Self/Relation to pt.)

Date

FOR HIM OFFICE USE ONLY

Pt MRN _____ Account number _____

Requester ID type/number: ☐ Driver's license/State ID ☐ Government ID

If the patient is deceased, indicate documentation: ☐ Death certificate ☐ Power of attorney ☐ Living Will

Processed by _____ Date _____ Forwarded to _____