

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA



FOR OFFICE USE ONLY	PARTE 1: CLIENTE/INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
CERT #	Cliente/Apellido del Paciente		Cliente/Primer Nombre del Paciente	
	Otros Nombres que Usted ha Utilizado		Fecha de Nacimiento	Últimos 4 #s de Seguro Social
	Correo electrónico (Email)		Número de Teléfono con el código de área	
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
PARTE 2: YO AUTORIZO A LA AGENCIA DE CUIDADOS DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN A: <input type="checkbox"/> Indique so es igual que arriba				
Nombre de Persona o Organización			Dirección	
Designación General (Para Programas de CFR solamente)				
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono con el código de área	
PARTE 3: PROPOSITO DE ESTA AUTORIZACION				
<input type="checkbox"/> Solicitud del Paciente <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado/Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro:				
PARTE 4: INFORMACION QUE PUEDA SER DIVULGADA (Se requieren los pasos 1, 3 y 4. Complete el paso 2 para mayor especificidad)				
Paso 1. Seleccione solo uno: <input type="checkbox"/> Registros Médicos <input type="checkbox"/> Resumen de Tratamiento				
Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se publicarán:				
<input type="checkbox"/> Salud Familiar <input type="checkbox"/> Tratamiento de ETS <input type="checkbox"/> Servicios para Niños de CA (CCS) <input type="checkbox"/> Resultados / Películas de Rayos X <input type="checkbox"/> Pulmonar/TB <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI <input type="checkbox"/> Cuidado Dental <input type="checkbox"/> Otro:				
Sus <u>iniciales</u> y el <u>rango de fecha</u> de los archivos que seran divulgados son <u>necesarios</u> para el uso o divulgación de los siguientes tipos de información o archivos sensibles.				
	Alcohol, Archivos de Abuso de Sustancias o Drogas**	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:	
	Salud Mental	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:	
	Prueba y Resultados de VIH/SIDA	Desde la Fecha:	Hasta la Fecha:	
Paso 3. Clínica (s) donde se recibieron los servicios:				
Paso 4. Preferencia de Envío: <input type="checkbox"/> Electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger				
PARA SU REVISIÓN				
He leído el contenido de este formulario. Yo entiendo, estoy de acuerdo, y permito al Condado de Orange de utilizar y divulgar mi información como he dicho anteriormente. También entiendo que firmar este formulario es voluntario y que el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no puedo firmar esta autorización. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, enviando un aviso al Custodio de Registros. La revocación no afectará las divulgaciones que el Custodio ya ha tomado medidas en dependencia de la autorización. La información divulgada en virtud de esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario y no estar protegidas por la ley federal de privacidad (HIPAA). Leyes del Estado aplicables u otra Ley Federal puede requerir destinatario para obtener su autorización por escrito antes de divulgar nuevamente, a menos que sea permitido de tales leyes. Yotengo derecho a una copia de este formulario. Se podrán aplicar tarifas a ciertas solicitudes. Una copia de la autorización original es válida. Esta autorización expira al término de esta solicitud.				
PARTE 5 : Cliente/ Firma del Paciente o Representante/Designado Legal/Firma del Tutor				PARTE 6: Fecha
X				
Representante Legal (Imprimir Nombre Completo)			Relación legal con el cliente/Paciente	
** INFORMACIÓN DE ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS				
42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.				
Por favor de enviar formulario completo a: HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 180, Santa Ana, CA 92701 Teléfono (714) 834-3536 • Sitio Web: http://ochealthinfo.com/records • COR@ochca.com				