

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este documento autoriza la revelación de información médica identificable individualmente de acuerdo con los requisitos de ley Estatal y Federal. Usted puede negarse a firmar esta autorización. El rehusarse a firmar no afectará su posibilidad de obtener servicios en Cottage Health (CH, por sus siglas en inglés).

El no proporcionar toda la información que se solicita puede invalidar esta Autorización.

A. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE:

Nombre del Paciente (escriba en letra de molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de SS (opcional): _____

Otros nombres: _____

B. ACERCA DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Yo solicito y autorizo la revelación de información médica del paciente nombrado anteriormente para los servicios médicos proporcionados por:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Santa Barbara Cottage Hospital | <input type="checkbox"/> Goleta Valley Cottage Hospital |
| <input type="checkbox"/> Santa Ynez Cottage Hospital | <input type="checkbox"/> Cottage Rehabilitation Hospital |
| <input type="checkbox"/> Pacific Diagnostic Lab (PDL) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Aviso: Los resultados de Salud Mental/ Dependencia Química y VIH están protegidos por leyes de confidencialidad especiales que requieren que especifique si se debe incluir esta información en esta revelación. Por favor indique si usted desea que se incluya la siguiente información específica:

- * Salud Mental Dependencia Química VIH

* La Ley Estatal de California requiere que obtengamos permiso escrito del Médico a Cargo

Fecha(s) de la visita o atención médica (sea específico): _____

Información médica específica que se revelará (vea la lista de contenido del expediente médico):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas del proveedor
(Médico) | <input type="checkbox"/> Informes operatorios/de
procedimiento | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas |
| <input type="checkbox"/> Expediente del
Depto. de Emergencias | <input type="checkbox"/> diagnósticas (informes de
laboratorio, radiología, etc.) | <input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas |

Otro (favor de especificar): _____

Indique cualquier restricción o limitación (si la hay): _____

Entiendo que esta información se usará para el siguiente propósito (por ejemplo: seguimiento con un médico, abogado, compañía de seguros, archivos personales, etc.): _____

C. A QUIÉN SE LE DEBE DAR LA INFORMACIÓN:

Autorizo que esta información se revele a: Nombre: _____

(Dirección) (Ciudad) (Código postal) () ()-() (Teléfono)

D. MÉTODO DE ENTREGA: (si es por correo, se mandarían copias a la dirección en la sección C)

- Correo
- En Persona
- MyChart
- Dirección de correo electrónico (sólo para pacientes): _____

E. CADUCIDAD:

Esta autorización tiene validez ahora y se mantendrá en vigencia hasta (anote la fecha): _____. Si no indica una fecha, esta Autorización caducará 12 meses después de la fecha en la cual se firmó este formulario.

F. SUS DERECHOS:

- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización. Si necesita que se le envíe una copia por correo, por favor proporcione la dirección postal completa a la que desea que le mandemos la copia:

Dirección: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Copia proporcionada: Sí No Comentario(s): _____

- Tiene el derecho de revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito con su firma a: Health Information Management, Cottage Health (vea la dirección al calce). Su revocación entrará en vigencia en cuanto la recibamos, pero no estará en vigencia con respecto a las acciones que ya se hayan tomado para cumplir la petición original, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de un seguro médico.

G. RESTRICCIONES:

El destinatario de la información médica revelada conforme a esta autorización no debe revelar a su vez la información proporcionada como parte de esta autorización, excepto de acuerdo a una nueva autorización o como específicamente lo requiera o permita la ley. Sin embargo, una vez proporcionada, la información revelada conforme a esta autorización, puede volver a ser revelada por el destinatario. En algunos casos, tal revelación no está protegida por la ley de California y es posible que no sea protegida por la ley federal de confidencialidad.

H. COSTO Y TIEMPO:

Costo: Es posible que se cobre una cuota por copias de expedientes médicos. Se le notificará por adelantado si habrá alguna cuota. No se cobrará dicha cuota si las copias de la información médica se mandan directamente a un proveedor de atención médica. Las copias generalmente están disponibles 15 días después de que se ha recibido una solicitud válida.

I. FIRMA DE AUTORIZACIÓN: (LAS FIRMAS ELECTÓNICAS NO SON VÁLIDAS)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Si no está firmando el paciente, por favor indique la relación o parentesco: _____

Se necesitará un comprobante legal para verificar la autoridad antes de que pueda proceder esta petición:

- Padre o tutor legal de un paciente menor de edad (en la medida que el paciente menor de edad no pudo haber consentido a la atención)
- Tutor legal o curador de un paciente inimputable
- Beneficiario o representante personal de un paciente difunto

Para uso del Personal de CH Validation Section for CH Staff Use Only:			
Date/Time Received:	Staff Initials:		Complete when applicable
Received by:		MRN/Encounter	
Requestor ID verified by:		Verification document:	
Authority to access verified by:		Verification document(s):	

Cottage Health, H.I.M. Dept., P.O. Box 689, Santa Barbara, CA 93102

Teléfono: (805) 569-7306 ❖ Fax (805) 569-7441

Correo electrónico: medical.records@sbch.org