



AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Este documento autoriza la revelación de información médica individualmente identificable que exigen las leyes estatales y federales. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Negarse a firmar no afectará su capacidad para obtener los servicios de Cottage Health (CH).

Si no da toda la información necesaria, esta Autorización podría no tener validez.

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN (opcional): _____ Otros nombres: _____

B. SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Pido y autorizo que se revele la información médica del paciente arriba mencionado para los servicios de atención médica que preste:

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

Tome en cuenta: La información de salud mental/dependencia de sustancias químicas y los resultados de VIH están protegidos por leyes de confidencialidad especiales que es necesario que usted especifique si se incluyen en esta revelación. Indique si quiere que se incluya la información específica de estos temas:

- *Salud mental Dependencia de sustancias químicas VIH

*La Ley del estado de California exige que obtengamos permiso por escrito del médico responsable

Fechas de la consulta o atención (sea específico): _____

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Notas del proveedor (médico) | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones/procedimientos | <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de diagnóstico (análisis de laboratorio, informes de radiología, etc.) | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | | |

Indique alguna restricción o limitación (si la hubiera): _____

Entiendo que esta información se usará con el siguiente propósito (es decir, seguimiento con el médico, abogado, seguros, expedientes personales, etc.):

C. A QUIEN SE DEBA DAR LA INFORMACIÓN:

Doy mi autorización para que esta información se revele a: Nombre: _____

Tratamiento / Puesto / Relación con el paciente: _____

_____(Dirección) _____(Ciudad) _____(Código postal) _____(Teléfono)

D. MÉTODO DE ENTREGA (seleccione uno): Correo postal (las copias se enviarán a la dirección de la Sección C)

La recogerán MyChart Email (solo el paciente): _____

E. VENCIMIENTO:

Esta autorización es válida a partir de ahora y lo seguirá siendo hasta (escriba la fecha): _____

Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización se vencerá 12 meses después de la fecha en la que se firmó este formulario.

F. SUS DERECHOS:

- Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización. Si necesita que le envíen una copia por correo postal, escriba su dirección de correo postal completa de donde quiere que le envíen la copia:

Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Se da copia: Sí No Comentarios: _____

- Tiene derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito firmada a: Health Information Management, Santa Barbara Cottage Hospital (ver la dirección abajo). Su revocación estará vigente desde el momento en el que se reciba, pero no tendrá efecto para los casos en los que ya se hubiera actuado según la solicitud original, o si la autorización se obtuvo como una condición para obtener cobertura de seguro.

G. RESTRICCIONES:

Quien reciba información médica revelada según esta autorización no debe volver a revelarla, salvo que lo haga de acuerdo con una nueva autorización o que la ley se lo permita o exija específicamente. Sin embargo, una vez compartida, la información revelada según esta autorización podría volver a revelarla quien la haya recibido. En algunos casos, estas nuevas revelaciones no están protegidas por las leyes del estado de California y es posible que ya no estén protegidas por ninguna ley federal de confidencialidad.

H. COSTO Y TIEMPO

Costo: es posible que las copias de los expedientes médicos tengan un costo. Se le avisará con anticipación si se incurrió en algún gasto. Esta tarifa se exonera en el caso de las copias de información médica que se envían directamente a un proveedor de atención médica. **Por lo general, las copias están disponibles en un plazo de 15 días después de que se recibe una solicitud válida.**

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

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Si no firma el paciente, indique la relación: _____

Se necesitará una prueba legal que valide la autoridad antes de poder cumplir esta solicitud:

- Padre/madre o tutor de una paciente menor de edad (hasta donde el menor no podría haber aceptado la atención)
- Tutor o custodio de un paciente incapacitado
- Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido

❖ **Envíe el formulario completo a la Administración de Información Médica por cualquiera de estos métodos:**

EMAIL: medicalrecords@sbch.org

FAX: (805) 569-7441

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

EN PERSONA (horario hábil de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes):

♦ Cottage Health Business Services Building, 6550 Hollister Rd. (2.º piso), Goleta, CA **O BIEN**

♦ Santa Barbara Cottage Hospital, 400 W. Pueblo Street (1.º piso, ala este), Santa Barbara, CA

Si tiene alguna pregunta, llame al 805-569-7306