

El solicitante debe presentar identificación con foto.	
ID Type:	_____
ID Number:	_____
MRUN:	Acct: _____
Completed by: _____	
Date: _____	

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono del Paciente: _____ Dirección: _____

- Divulgado desde: _____ Divulgado a: _____
- Lompoc Valley Medical Center, 1515 East Ocean Ave, Lompoc CA 93436
- Comprehensive Care Center, 216 North Third Street, Lompoc CA 93436
- Lompoc Health North Third Center, 136 N Third Street, Lompoc CA 93436
- Lompoc Health North H Center, 1225 North H St., Lompoc CA 93436
- Otro: _____
- Atención: Persona o Prog. _____
- Divulgado desde: _____ Divulgado a: _____

_____ **Inicial aquí para solicitar que se envíen registros por correo electrónico.** Si solicito a LVMC que envíe un correo electrónico o transmita electrónicamente mis registros médicos, los registros ya no están cubiertos por los controles de privacidad de LVMC HIPAA.

Con mi firma a continuación, autorizo al proveedor de atención medica antes mencionado a divulgar la información especificada más adelante para el programa o centro de personal designado que está escrito en esta autorización. El método de divulgación dependerá de las circunstancias de la solicitud. Esto puede ser fotocopias, copias de fax, copias electrónicas, revisión personal, video, audio o comunicación verbal por el proveedor de atención medica adecuado.

Propósito(s): para los cuales se utilizara la información:

- Atención Medica Compensación del Trabajador Seguro/Reembolso
- Uso Personal Legal Otro _____

Información a ser divulgada:

- Resumen De Alta Historia y Físico Informes del Dept de Emergencias
- SOLAMENTE** Informes de Radiología Informes Operativos
- Imágenes de Diagnostico Consultas Evaluación Psicológica/MSE
- Informes de Laboratorio EKG/ EEG Resultado de Prueba Psicológica
- Notas de Progreso Ordenes del Medico Notas de la Enfermera
- Informes de Patología Registro de Vacunas Lista de Medicamentos
- Plan de Tratamiento
- Información verbal para la facturación del seguro: Nombre del médico, fechas de admisión/alta facilidad Otro: _____

Fechas y Condiciones de Atención:

Registros de fechas y/o condiciones de tratamiento _____

Todas las admisiones o cuidados de LVMC a partir de la fecha de mi firma.

Autorización Específica: Autorizo específicamente la divulgación de información con respecto a las siguientes condiciones: **(Por favor ponga sus iniciales por debajo)**

_____ Registros de Abuso del Alcohol/Drogas. Los registros de dependencia de sustancias químicas están protegidos por las regulaciones federales que gobiernan la confidencialidad de pacientes con abuso de alcohol y drogas. Registros, 42 CFR, Parte 2. Estos registros no pueden ser divulgados sin autorización por escrito del paciente a menos que se disponga lo contrario en el reglamento.

_____ Información Psicosocial/Psiquiátrica (excluye notas de psicoterapia)

_____ Resultados de la Prueba de HIV (Autorización del paciente para cada solicitud de divulgación)

_____ Resultados de la Prueba Genéticas (excluye pruebas genéticas terapéuticas)

_____ Otro: Por favor, enumere: _____

Entiendo que ...

Puedo retirar mi autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito al Departamento de Informática Médica en Lompoc Valley Medical Center. Autorización puede ser retirado, excepto en la medida en que se hayan tomado acción en virtud de esa autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, me tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización incluso de una copia por fax, es tan válida como la original. La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede que ya no este protegido por la Ley Federal de Confidencialidad (Conocida por sus siglas en inglés, HIPAA) Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud realice más divulgaciones de la misma a menos que se obtenga de mi otra autorización para dicha divulgación o que la ley requiera o permita específicamente dicha divulgación.

Vencimiento: Entiendo que esta autorización caducara automáticamente in 6 meses o en esta fecha o evento (por favor indique): _____

Firma: Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente en Letra de Molde: _____

Si un paciente no es competente para dar su consentimiento o es un menor de edad como lo describe la ley de California, un padre, tutor o representante legales que haya sido autorizado por ley para actuar en nombre del paciente será requerido para firmar la autorización.

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante en Letra de Molde: _____ Relación _____

En el caso de un tutor o representante legal, se requieren copias de los documentos que verifican este estado en el momento de la presentación de la autorización.