

El solicitante debe presentar identificación con foto.

Tipo de identificación: _____

Numero de identificación: _____

MRUN: _____ Cuenta: _____

Completado por: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono del paciente: _____ **Dirección:** _____

- ☐ Divulgado de ☐ Divulgado a (Seleccione uno)
- ☐ Lompoc Valley Medical Center, 1515 E. Ocean Ave, Lompoc CA 93436
 - ☐ Comprehensive Care Center, 216 North Third Street, Lompoc CA 93436
 - ☐ Lompoc Health North Third Center, 136 N Third St, Lompoc CA 93436
 - ☐ Lompoc Health North H Center, 1225 North H St, Lompoc CA 93436
 - ☐ Lompoc Health Hematology-Oncology, 1213 Ocean Ave Suite 102, Lompoc CA 93436
 - ☐ Otro _____
- ☐ Atención: Persona o prog.
- ☐ **Divulgado desde:** ☐ **Divulgado a** (Seleccione uno) _____

____ **Firme aquí con sus iniciales para solicitar que los registros se envíen por correo electrónico.** Si solicito a LVMC que me envíe mis registros médicos por correo electrónico o por vía electrónica, dichos registros dejarán de estar cubiertos por las normas de privacidad de HIPAA de LVMC. Correo electrónico: _____

Mediante mi firma a continuación, autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a divulgar la información especificada a continuación a la persona, programa o institución designada en esta autorización. El método de divulgación dependerá de las circunstancias de la solicitud. Esto puede incluir fotocopias, faxes, copias electrónicas, revisión personal, video, audio o comunicación verbal por parte del proveedor de atención médica correspondiente.

Propósito(s) para los que se utilizará la información:

- ☐ Atención medica ☐ Compensación laboral ☐ Seguro/Reembolso
- ☐ Uso personal ☐ Legal ☐ Otro _____



Información a ser divulgada:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Historia y físico | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiologías | <input type="checkbox"/> Informes operatorios | <input type="checkbox"/> Evaluación psicológica |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Ordenes del médico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> ECG / EEG | <input type="checkbox"/> Notas de enfermera |
| <input type="checkbox"/> Dept. de emergencias | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos |
- ☐ Información verbal para la facturación del seguro: nombre del médico, fechas de ingreso/alta, centro médico
- ☐ Otro: _____

Fechas y condiciones de atención médica:

- ☐ Registros de fechas de tratamiento y/o afecciones _____
-
- ☐ Todas las admisiones o atenciones médicas recibidas en LVMC a partir de la fecha de mi firma.

Autorización específica: Autorizo expresamente la divulgación de información relativa a las siguientes afecciones: **(Por favor, firme con sus iniciales en el espacio en blanco correspondiente.)**

____ Registros de abuso de alcohol/drogas. Los expedientes de dependencia química están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los expedientes de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR, Parte 2. Estos expedientes no pueden divulgarse sin la autorización por escrito del paciente, a menos que se disponga lo contrario en dichas regulaciones.

____ Información psicosocial/psiquiátrica (excluye las notas de psicoterapia)

____ Resultados de la prueba del VIH (Autorización del paciente para cada solicitud de divulgación)

____ Resultados de pruebas genéticas (excluye las pruebas genéticas con fines terapéuticos)

____ Atención de afirmación de género

____ Aborto, servicios relacionados con el aborto y/o anticoncepción

____ Otros (especifique): _____

Entiendo que

- ❖ Puedo revocar mi autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica del Lompoc Valley Medical Center. La autorización podrá ser revocada, salvo en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en dicha autorización.
- ❖ Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, mi tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de salud o mi elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados.
- ❖ Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización, incluida una copia enviada por fax, tiene la misma validez que el original.
- ❖ La información divulgada en virtud de esta autorización podría ser divulgada nuevamente
- ❖ por el destinatario. En algunos casos, dicha divulgación no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la divulgue a terceros, a menos que obtenga otra autorización mía para dicha divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Vencimiento:

Entiendo que esta autorización caducará automáticamente en 6 meses o en la fecha o evento que se especifique a continuación: _____

Firma:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

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

Si un paciente no es competente para dar su consentimiento o es menor de edad según lo estipulado por la ley de California, un padre, tutor legal o representante legal autorizado por la ley para actuar en nombre del paciente deberá firmar la autorización.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

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

Relación: _____

En el caso de un tutor o representante legales, se requiere una copia de los documentos que acrediten dicha condición en el momento de presentar la autorización.