Memorial Hospital of Gardena

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información del paciente	Nombre del paciente		Alias/apellido de soltero	
	Dirección		Ciudad/estado/código postal	
	Fecha de nacimiento	Tel.	Dirección de correo electrónico	
	/ /			
Información a divulgarse desde:	Nombre del centro	Dirección	N.º de teléfono	N.º de fax
	Memorial Hospital of Gardena	1145 W. Redondo Beach Blvd., Gardena, CA 90247	310-532-4200, ext. 7285	213-537-0961
Información a divulgarse a:	Nombre del hospital/clínica/médico/persona			
	Dirección		Ciudad/estado/código postal	
	Teléfono		Fax (atención urgente para el paciente)	
Con qué finalidad:	__ Continuación de la atención __Uso personal __ Seguro __Legal __Discapacidad __ Otra opción (especificar): _____			
Información a divulgarse:	Fechas del servicio: Desde_____ Hasta_____ __Historia clínica y examen físico __Informe de consultas __Informe de patología __Departamento de emergencias __Informe de ECG __Orden del médico __Informe de medicamentos __Registros para continuación de la atención __Otra opción_____ __Resume de alta __ Informe operativo __ Informe de radiología __Informe de laboratorio/resultado __Notas de progreso del médico __Notas de enfermería __Evaluación de salud mental __ Registros para uso personal __Otra opción_____			

Las leyes estatales/federales exigen una autorización específica para divulgar los siguientes tipos de información médica protegida:

____Tratamiento psiquiátrico/salud mental ____Pruebas genéticas

____Tratamiento por abuso de drogas/alcohol ____Resultados de análisis de VIH/SIDA

Coloque su inicial en la línea al lado de la información que autoriza divulgar

ETIQUETA DEL PACIENTE
Personal de la clínica y del hospital:
Adherir una etiqueta de paciente aquí si proporciona los registros.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorización	• Entiendo que completar y firmar esta autorización es un acto voluntario. • Entiendo que una fotocopia se considerará igual de válida que el original. • Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no estarán condicionados por firmarla. • Entiendo que puedo revocarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya actuado conforme a ella. • Entiendo que puede revocarse por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya actuado en función de ella. • Para revocarla, debo hacerlo por escrito y debe enviarse al centro al que autoricé que se divulgara mi información. • A menos que sea revocada, esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de la firma en este formulario. • Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la autorización. • Entiendo que se exige una autorización diferente y específica para autorizar la divulgación o el uso de las notas de psicoterapia, en virtud de las reglamentaciones federales que implementan la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos.
Entiendo que puede cobrarse una tarifa por esta solicitud.	
	__Registros impresos entregados por __Correo __Fax __Recogidos en el centro Fecha: _____ __Registros en formato electrónico __DC __Deseo que mis registros estén encriptados __No deseo que mis registros estén encriptados

_____	_____	_____	_____ a. m. o p. m.
Firma del paciente o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
_____	_____	_____	_____ a. m. o p. m.
Relación (si quien firma no es el paciente)	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora

Memorial Hospital of Gardena

ETIQUETA DEL PACIENTE
Personal de la clínica y del hospital:
Adherir una etiqueta de paciente aquí si proporciona los registros.