

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente:	Fecha De Nacimiento:
Nombre(s) anterior(es) usado(s):	Tel.:() -
Dirección:	
No de expediente médico:	Últimos 4 dígitos de su Seguro Social:

AUTORIZO A RUHS - PUBLIC HEALTH PARA QUE:

<input type="checkbox"/> Le divulgue mis datos médicos d:	<input type="checkbox"/> Obtenga datos médicos de:
Nombre de la persona/entidad:	Tel.:() -
Dirección:	

MÉTODO DE ENTREGA: Enviar datos médicos mediante (elegir uno de los siguientes):

Correo USPS Recogida Electronica (CD, MyChart) Fax no: () ____ - ____ Otro:

ESPECIFICAR EL PROGRAMA DEL CUAL SE SOLICITAN DATOS MÉDICOS:

<input type="checkbox"/> Early Intervention / HIV Care Services and Testing (Pruebas y servicios de atención para portadores de VIH/Intervención temprana)	<input type="checkbox"/> Maternal Child and Adolescent Health (salud materna, infantil y adolescente)
<input type="checkbox"/> Communicable Diseases (enfermedades contagiosas)	<input type="checkbox"/> Public Health Nursing (enfermería de salud pública)
<input type="checkbox"/> Medical Therapy Program (programa de terapia médica)	<input type="checkbox"/> Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP)
<input type="checkbox"/> Tuberculosis Care Services (servicios de atención para tuberculosis)	

INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR: (Marcar todas las que correspondan)

Fecha(s) de servicio:	Fecha desde: /	Fecha hasta: /
<input type="checkbox"/> Datos de facturación	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Expediente entero	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Historial de visitas
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Notas sobre progreso	<input type="checkbox"/> Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP)

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS: no se divulgarán los siguientes datos sin las iniciales del paciente:

(Iniciales)	Información sobre tratamientos para el abuso del alcohol/drogas
(Iniciales)	Información sobre tratamientos/registros de VIH/SIDA
(Iniciales)	Información sobre tratamientos de salud mental (Podría necesitarse la aprobación del médico antes de su divulgación)

PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN: (Marcar todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Legal
<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Otro (indicar la razón):			

Entiendo que tengo el derecho legal, con ciertas limitaciones, a ver u obtener copias de mis datos médicos, o los de mi hijo/a menor no emancipado/a cuyo tratamiento yo haya autorizado. Este derecho también se otorga al tutor de un hijo menor, al custodio de la persona, psiquiátrica o no psiquiátrica. **Ver en el reverso para consultar los detalles sobre la divulgación de información y mis derechos.** He leído ambas páginas de este formulario y autorizo y solicito voluntariamente la divulgación indicada mas arriba. A menos que se revoque por escrito, esta autorización caducará en esta fecha: ____ / ____ / ____ . Si no se indica ninguna fecha, esta autorización caducará a los **seis meses** de la fecha en que se firmó.

Firma: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha: _____

Información importante sobre mis derechos

Aviso: A RUHS - Public Health y muchas otras organizaciones y personas como médicos, hospitales y planes médicos se les exige por ley que mantengan la información médica de forma confidencial. Si usted autorizó la divulgación de su información médica a alguien que no tiene la obligación legal de mantener su confidencialidad, podría dejar de estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

Voluntaria: Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada en el reverso es un acto voluntario. No tengo la obligación de firmar este formulario para garantizar el tratamiento médico. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados por la firma de esta autorización, excepto que la autorización sea para:

1) realizar un tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan médico, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo o 4) crear información médica personal para proporcionar a un tercero.

Derecho a revocar: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, debo enviar por correo o entregar personalmente una revocación escrita y firmada al Administrador de Registros de RUHS - Public Health. Esa revocación surtirá efecto cuando se reciba, excepto en la medida en que el destinatario haya actuado en virtud de esta Autorización.

Derecho a inspeccionar: Entiendo que puedo inspeccionar o obtener una copia de la información que se usará o divulgará, como se establece en la sección 164.524 del título 45 del CFR, y que tengo derecho a una copia de este formulario.

Nueva divulgación: Entiendo que cualquier divulgación de información acarrea el potencial de una nueva divulgación posterior no autorizada y que la información podría dejar de estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.

Preguntas: Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el administrador de registros de RUHS - Public Health al **951-358-6082**.