

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:						
☐ Le divulgue mis datos médicos d:			☐ 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 ☐ Fax n.º: () - ☐ Otro:						
ESPECIFICAR EL PROGRAMA DEL CUAL SE SOLICITAN DATOS MÉDICOS:						
☐ Early Intervention / HIV Care Services and Testing (Pruebas y servicios de atención para portadores de VIH/Intervención temprana)						
☐ Communicable Diseases (enfermedades contagiosas)			☐ Maternal Child and Adolescent Health (salud materna, infantil y adolescente)			
☐ Medical Therapy Program (programa de terapia médica)			☐ Public Health Nursing (enfermería de salud pública)			
☐ Tuberculosis Care Services (servicios de atención para tuberculosis)			☐ Otro:			
INFORMACIÓN QUE SE VA A DIVULGAR: (Marcar todas las que correspondan)						
Fecha(s) de servicio:	Fecha desde:	Fecha hasta:	Fecha desde:	Fecha hasta:	Fecha desde:	Fecha hasta:
	/		/		/	
☐ Datos de facturación ☐ Informes de laboratorio ☐ Informes de radiología ☐ Informes de consultas ☐ Expediente entero ☐ Lista de medicamentos ☐ Historial de visitas ☐ Resumen de alta ☐ Antecedentes y examen físico ☐ Notas sobre progreso ☐ Otros:						
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)						
☐ Facturación		☐ Continuidad de la atención		☐ Discapacidad		
☐ Seguro		☐ Legal				
☐ Uso personal		☐ 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**.