

## **AUTORIZACIÓN PARA OBTENER COPIAS DE EXPEDIENTE MÉDICO Hoag Memorial Hospital Presbyterian**

Estimado Paciente:

Por medio de este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de la información sobre la salud personal tal como se indica a continuación, y de acuerdo con lo que la ley federal y del Estado de California decreta sobre la confidencialidad de dicha información. Esta autorización podría resultar inválida si no se proporciona toda la información solicitada.

### **Notificación de Derechos y Otra Información:**

- Tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser hecha por escrito y firmada por mí o en mi nombre y entregada a Hoag Hospital, Health Information Department, One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92658. Mi revocación será efectiva al ser recibida pero no tendrá efectividad en caso de que la persona que lo solicite, u otras, ya haya actuando habiéndose basado en esta autorización.
- Tengo el derecho de recibir copia de esta autorización.
- La información divulgada por medio de esta autorización puede ser divulgada otra vez por quien la recibe y puede no estar ya protegida por la ley federal sobre confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe información sobre la salud mía la vuelva a divulgar a menos que obtenga otra autorización de mi parte para hacerlo o a menos que la ley requiera o permita específicamente tal divulgación.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información sobre la salud sobre la cual se solicita el uso o la divulgación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Uso de la Autorización de Divulgación:** Por la presente autorizo a Hoag Memorial Hospital Presbyterian a divulgar la información que se indica a continuación: (Indique la persona/organización autorizada para recibir esta información)

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo  Será recogido por el paciente

Será recogido por un familiar Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Medio Solicitado:  Papel  Disco compacto

**Esta Autorización Aplica a lo Siguiente:**

Toda información sobre la salud relacionada a la historia clínica, estado de salud mental o físico y tratamiento recibido, **O**

Sólo los siguientes historiales o tipos de información sobre la salud: Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Historial de emergencia  Historia y Examen Físico  Consultas  Informe quirúrgico

Resumen de Alta  Notas Médicas Sobre Progreso  Ordenes Médicas  Notas de Enfermera

ECG, EMG, EEG  Informes de Radiología  Historial de Anestesia  Laboratorio/Patología

Imágenes de Radiografía/Disco Compacto, Tipo: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque lo apropiado):**

Información sobre tratamiento de alcohol/droga  Resultados de prueba de VIH

Información sobre tratamiento de salud mental

Se requiere autorización aparte para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

**Motivo de Uso/Divulgación:**  Solicitud del paciente  Atención médica adicional  Seguro **O**  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Vencimiento:** Esta autorización se vence (indique fecha): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM  
[Paciente/Representante Legal]

Si la firma no es la del paciente, indique relación legal con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

California Hospital Association (03/13)

**AUTHORIZATION TO RELEASE COPIES OF  
MEDICAL RECORDS – SPANISH**

JIT 2363-S

Side 2 of 2

Rev 05/27/16

Original – Chart

Copy – Patient

MR #



[7715]