



# AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Martin Luther King, Jr.  
Community Hospital

**Nota: Es posible que deba pagar por ciertas solicitudes**

Martin Luther King, Jr. Community Hospital no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios si se niega a dar o no da esta autorización.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ FIN: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## PROPÓSITO

Este documento autoriza a Martin Luther King, Jr. Community Hospital a divulgar información según se especifica abajo para los siguientes fines: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL DESTINATARIO

Martin Luther King, Jr. Community Hospital puede divulgar esta información a:

Marque si es el mismo nombre mencionado antes (divulgación al paciente) Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## COPIAS DE EXPEDIENTES O INFORMACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Dentro de las siguientes fechas: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta         | <input type="checkbox"/> Reporte del laboratorio clínico  | <input type="checkbox"/> Interconsulta(s)         |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico | <input type="checkbox"/> Reporte operativo        |
| <input type="checkbox"/> Registro completo       | <input type="checkbox"/> Reportes de rayos X/CD           | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |

**NOTA: Como parte de esta autorización, es posible que los expedientes del hospital y de consultorios médicos incluyan la divulgación de información sobre la salud mental, el consumo de alcohol o drogas y referencias del VIH que esté incluida en esos expedientes.**

**Los expedientes de tratamientos de los departamentos de salud mental y de consumo de alcohol o drogas y los resultados de las pruebas de anticuerpos del VIH quedan explícitamente protegidos y no se darán a conocer, a menos que usted firme abajo.**

Expedientes del departamento de Salud Mental → Firma: \_\_\_\_\_

Expedientes de tratamientos contra la dependencia al alcohol y las drogas → Firma: \_\_\_\_\_

Resultados de pruebas de anticuerpos de VIH → Firma: \_\_\_\_\_

**MEDIO**  Electrónico  Impreso

**PREFERENCIA DE ENVÍO**  Correo electrónico/portal seguro

Correo  Recog en persona



Martin Luther King, Jr.  
Community Hospital

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

### **DURACIÓN**

Esta autorización tendrá validez por un año desde la fecha en que se firma, salvo que se especifique aquí una fecha diferente \_\_\_\_\_ (fecha).

### **REVOCACIÓN**

Usted o su representante pueden revocar esta autorización con una solicitud por escrito. Si usted anula su autorización, eso no afecta la información dada a conocer antes de recibir la solicitud por escrito.

### **DIVULGACIÓN POSTERIOR**

Una vez que la información médica se divulga, es posible que la manera en que el destinatario la divulgue ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad (HIPAA). Los destinatarios de California deben obtener la autorización de usted antes de divulgar esta información.

Si solicita un formulario para completar, es posible que sustituyamos una versión estandarizada del formulario que proporcione la misma información solicitada o información similar.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha

Firma

Si no es el paciente, escriba su nombre y relación en letra de imprenta