

# AUTORIZACION PARA USO O REVELACION DE INFORMACION MEDICA

El completar este documento autoriza la revelación y/o uso de información de la salud que identifica al individuo, como se indica abajo, consistente con California y la Ley Federal respecto a la privacidad de tal información. **Falla en proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.**

## USO Y REVELACION DE INFORMACION DE LA SALUD

Por este medio autorizo \_\_\_\_\_ a usar y o revelar mi información de salud como sigue:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ RM# \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

La siguiente persona o instalación está autorizada para recibir mi Información protegida de Salud: Nombre de

Persona o Instalación: \_\_\_\_\_ # de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Esta autorización aplica a la siguiente información:

Hoja de Cubierta  Radiografía/CD  Historial y Físico  Reporte Patológico  Otro: \_\_\_\_\_

Registro Urgencias  Dictado Rayos-X  Consulta  Expedient Completo \_\_\_\_\_

Dictado Urgencias  ECG/EEG  Reporte de Cirugía  Ordenes del Médico \_\_\_\_\_

Laboratorio  Resumen Dado De Alta  Todos los Dictados  Estudio del Sueño \_\_\_\_\_

Yo específicamente autorizo la liberación de la siguiente información:

Resultados de Prueba VIH  Información de tratamiento de salud mental

*(Una autorización separada se requiere para autorizar la revelación o uso de notas de psicoterapia.)*

## PROPOSITO DE LA REVELACION

Uso Personal  Escuela  Discapacidad/Seguro Social  Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Cuidado Médico Continuo  Segur  Legal  Militar \_\_\_\_\_

## VENCIMIENTO

Esta autorización se vence (no debe de exceder 12 meses): \_\_\_\_\_

## AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACION

Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización. Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de la salud de la que se me está pidiendo permita su uso o revelación. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocarla debe estar por escrito, firmada por mi o para mí, y entregada a la siguiente dirección: 1081 N. China Lake Blvd., Ridgecrest, CA 93555. Mi revocación tendrá efecto cuando se reciba, excepto hasta el punto en que otros hayan actuado contando con esta autorización. Yo tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. La información podría ser revelada nuevamente por el que la recibe. Tal nueva revelación no es, en algunos casos, protegida por la ley de California y quizás ya no esté protegida por HIPAA.

## FIRMA (Firma Abajo)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Firma: \_\_\_\_\_

(Paciente/Representante/Cónyuge/Parte Económicamente Responsable)

Si es firmado por alguien que no sea el paciente, declare su relación legal con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

### RELEASE OF DOCUMENTATION (Staff Use Only)

Picked Up By: \_\_\_\_\_

Faxed To: \_\_\_\_\_

Mailed To: \_\_\_\_\_

Signature Checked with:

Fax Number: \_\_\_\_\_

Patient Chart Signature Checked

Driver's License

Patient Chart Signature Checked

Other \_\_\_\_\_

Released By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Copy given to patient/legal representative



AUTHORIZATION FOR USE OF DISCLOSURE OF MEDICAL  
INFORMATION SPANISH

**INFORMACION PARA PACIENTES**  
Liberación de Copias de Registros Médicos  
(760) 499-3668

**Información General**

Las leyes del Estado de California y regulaciones Federales permiten la liberación de información médica con una autorización apropiada del paciente, padre, madre o representante del paciente. Hay tipos específicos de información en los cuales la liberación es limitada o restringida, incluyendo pero no limitada a psiquiátrico, dependencia química, resultados de VIH, adopciones, etc.

- ♦ Se requiere identificación. Se alguien más que no es el paciente firma el consentimiento, identificación o papeles de apoyo pueden ser necesarios.

**Horas de Oficina**

El Departamento de Manejo de Información de la Salud (Registros Médicos) está abierto al público de 9:00 AM a 5:00 PM lunes a viernes, excepto días festivos. Se pueden hacer arreglos especiales para transacciones de negocios después de horas de oficina si surge una emergencia. Por favor llame al Departamento de Manejo de Información de la Salud (HIM) durante horas de oficina para hacer arreglos.

**Tiempo de Respuesta**

Nosotros realizamos todos los esfuerzos para responder de una forma oportuna a su solicitud para la liberación de información. La Ley del Estado de California permite a los proveedores medicos diez (10) días hábiles después de la autorización por escrito para proporcionar los registros a cualquier solicitante. Sin embargo, el tiempo de Ridgecrest Regional Hospital para cumplir con esta solicitud es menos de diez días, dependiendo del volumen del solicitudes en determinado momento.

**Copias Para Cuidado Continuo**

Su cuidado que continua es improtante. La información que es enviada por correo o fax directamente a un médico u hospital sera procesada gratuitamente. **Aunque trabajamos con usted para tener la información disponible a la hora de su cita médica, apreciamos cualquier aviso por anticipado que usted pueda darnos.**

**Acceso del Paciente/Solicitud para Copias**

El Código de Salud y Seguridad de California 1795 y los que siguen hace disposiciones para pacientes, padres, o representante del paciente para tener acceso a sus registros, exepto en situaciones muy limitadas. Por favor haga saber cualquier pregunta especifica al Oficinista de Liberación de Información.

**Resultados de Laboratorio**

- ♦ La disponibilidad de pruebas de laboratorio varia. El Departamento de Manejo de Información la Sulud puede tener acceso a la mayor parte de resultados de laboratorio después de que las pruebas hayan sido ordenadas y estén dentro del sistema del laboratorio.
- ♦ Los reportes que se mandan fuera a otros laboratorios para su proceso pueden tomar de varios días a varias semanas.

**Resultados de Radiología**

- ♦ Los reportes de radiología se convierten en parte del expediente medico, pero las imágenes en radiografías no. Copias de las imágenes pueden ser solicitadas al Departamento de Radiologia después de que se compelte una autorización de liberación de información.



AUTHORIZATION FOR USE OF DISCLOSURE OF MEDICAL  
INFORMATION SPANISH

**Costo**

La primer solicitud para copias de una visita es gratis. Solicitudes adicionales para la misma fecha de servicio son \$0.25 por página.

**Pago de Costo**

El pago es requerido en el momento en que las copias se recojan o antes de enviarlas por correo. Los pagos deben hacerse por completo ya sea en efectivo o cheque. (con identificación apropiada) pagadero a Ridgecrest Regional Hospital.

Copia de registros se mantendrán por 30 días, a menos que usted haga otros arreglos. Copias que no sean recogidas dentro de 30 días serán destruidas y los cargos que se mencionan arriba aplicarán para solicitudes adicionales para esa fecha de servicio. Por favor anote cualquier instrucción especial respecto a la explicación de costo en su consentimiento, tal como una cotización antes de copiar o una llamada de aviso si los cargos exceden cierta cantidad en dólares.



**AUTHORIZATION FOR USE OF DISCLOSURE OF MEDICAL  
INFORMATION SPANISH**