



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE
PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del paciente _____ N.º de informe médico _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de teléfono (____) _____ - _____

Dirección del paciente _____

N.º de Seguro Social _____ - _____ - _____

(No es obligatorio que proporcione su N.º de SS, pero el mismo es necesario para identificar sus informes médicos con exactitud en caso de no contar con el N.º de informe médico). No proporcionar esta información podría generar retrasos en el procesamiento de su solicitud.

Fechas aproximadas de tratamiento: _____

1. Autorizo al siguiente proveedor de atención médica del centro a DIVULGAR mi información de salud:

_____ Central Valley Medical Center _____ Nephi Medical Clinic
_____ Proveedor(es) específico(s): _____
_____ Otro: _____

2. Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) A RECIBIR mi información de salud:

a. Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____
_____ N.º de teléfono: _____
b. Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____
_____ N.º de teléfono: _____

3. Divulgue la siguiente información: (encierre en un círculo su selección)

Antecedentes y condición física Evaluación psicológica Resumen de alta Informes de emergencia
Planes de tratamiento Antecedentes psicosociales Informes de consultas médicas Vacunas
Informes clínicos de consulta externa Informes radiológicos y de laboratorio Informe operativo
Otra: _____

4. Indique el motivo por el cual se divulgan sus informes médicos:

O marque aquí si es para su uso personal _____

5. De ser el caso, entiendo que, en función de las fechas, los proveedores y la información indicada por mí anteriormente, la información divulgada por Central Valley Medical Center conforme a esta autorización puede incluir aquella relacionada con mi participación en un programa de tratamiento para el abuso de sustancias.
6. Entiendo que, si el destinatario autorizado en esta información no es un proveedor de atención médica ni un plan de salud cubierto por los reglamentos federales de privacidad, la información que este reciba dejará de estar protegida por dichos reglamentos, y el destinatario podrá volver a divulgar la información. Sin embargo, es posible que el destinatario tenga prohibido divulgar información sobre el abuso de sustancias en virtud de los Requisitos Federales de Confidencialidad del Abuso de Sustancias.
7. Entiendo que Central Valley Medical Center no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de si firmo o no esta autorización. Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada o divulgada conforme a ella.
8. Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, enviando por escrito una solicitud de anulación a:
Medical Records, 48 West 1500 North, Nephi, UT 84648
9. Entiendo que la anulación solo será válida si esa medida ha sido tomada en virtud de esta autorización, la cual expira (marque una):
___ Dentro de 1 año a partir de la siguiente fecha ___ Tras una sola divulgación ___ Otra: _____
10. Entiendo que me pueden cobrar por esta información y acepto ser responsable financieramente de dicho pago.

Descripción de la autoridad del representante personal:

	Padre _____
Firma del paciente o representante	Fecha
	Poder legal médico, _____ (adjunte documentación).
Si corresponde, nombre del representante personal	Otro, explique: _____ y adjunte documentación.

Solo para uso interno del personal de CVMC

- Miembro del personal que procesa la solicitud: nombre e identificación del empleado _____
- Fecha de recepción: _____
- Fecha en la que se envió al paciente: _____
- Se solicitó una extensión de 30 días.
 - Motivo: _____
 - Se notificó al paciente la extensión el: _____
- Solicitud procesada por (nombre e identificación del empleado): _____
- Monto cobrado (de haberlo): _____