

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
MH 5671 (Rev. 08/04) Página 1 de 3

Información confidencial del paciente  
Vea el Código de Asistencia Social y de las Instituciones (Welfare and Institutions Code, W&I), Sección 5328 y la Norma de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), artículo 164.508 del Código de Normas Federales (Code of Federal Regulations, CFR)

*INSTRUCCIONES:* Utilizar este formulario para obtener la autorización requerida al recibir una solicitud de información del paciente, a menos que dicha solicitud sea una copia idéntica de este formulario o contenga toda la información necesaria. Obtenga la firma del paciente o padre o madre/tutor legal/curador. Si el paciente firma, obtenga "firma del testigo". Describa la información divulgada según esta autorización al dorso de este formulario.

***El hospital no condicionará tratamiento o pago alguno sobre la base de la información de esta autorización. El paciente tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. En ese caso, la información no se divulgará a menos que la ley disponga lo contrario. El paciente puede, previa solicitud, inspeccionar o recibir una copia de la información médica protegida que se revelará mediante esta autorización.***

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Yo, \_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente Nombre del Padre o madre/Tutor legal/Curador

autorizo por la presente \_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia/Persona/Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)

a divulgar a \_\_\_\_\_

la información que se especifica en la página 2 de este formulario con el pleno conocimiento de que dicha divulgación revela que servicios de salud mental se han brindado o se brindan

\_\_\_\_\_  
|

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

MH 5671 (Rev. 08/04) Página 2 de 3

Vea el Código de Asistencia Social y de las Instituciones (Welfare and Institutions Code, W&I), Sección 5328 y la Norma de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), artículo 164.508 del Código de Normas Federales (Code of Federal Regulations, CFR)

Se solicita esta divulgación de información\* para los siguientes objetivos: (escriba sus iniciales en las categorías que corresponden)

- Evaluación
- Curso/Planificación de tratamiento
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

y se restringirá a revelar la siguiente información (escriba sus iniciales en las categorías que corresponden): desde (fecha solicitada) \_\_\_\_\_ hasta (fecha solicitada) \_\_\_\_\_; o cualquier información/registro indicados, sin importar la fecha.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo   | <input type="checkbox"/> Información de reclusión y restricción | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas psicológicas / vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico   | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH          | <input type="checkbox"/> Fechas de consultas                               |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica   | <input type="checkbox"/> Otras evaluaciones (especifique) _____ | _____  |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta   | _____   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Historial/Información personal  | _____   | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____                         |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento individual  | _____   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Información legal   | _____   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas, neurológicas, informes de laboratorio, como EEG (electroencefalogramas), EKG (electrocardiogramas) etc. | _____   | _____  |

\*La divulgación de la información que se especifique en esta autorización se puede revelar nuevamente por el destinatario si la ley lo permite o exige. Esta autorización entra en vigencia el (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_. El que suscribe puede revocar la presente autorización mediante notificación escrita en cualquier momento, a menos que se haya iniciado alguna acción basada en esta autorización. Si no se cancela, la presente autorización caducará al término de (marque una opción):

- 6 meses
- Un año o
- Especifique la fecha \_\_\_\_\_

Entiendo que recibiré una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Mes Día Año

\_\_\_\_\_  
Padre o madre/Tutor legal/Curador, si corresponde

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Mes Día Año

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Mes Día Año

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
MH 5671 (Rev. 08/04) Página 3 de 3

Información confidencial del paciente  
Vea el Código de Asistencia Social y de las Instituciones (Welfare and Institutions Code, W&I), Sección 5328 y la Norma de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), artículo 164.508 del Código de Normas Federales (Code of Federal Regulations, CFR)

Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
Mes Día Año

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona que recibe la autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Profesional en esta autorización se refiere únicamente a un médico, psicólogo matriculado o trabajador social con una maestría en trabajo social que apruebe esta solicitud para divulgar la información médica iniciada por el paciente.

**REGISTRO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Se reveló la siguiente información a la parte mencionada al principio de este formulario. Identifique las fechas específicas de los informes, registros, elementos divulgados.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente completo            | <input type="checkbox"/> Información legal  | <input type="checkbox"/> Otras evaluaciones (especifique)<br>_____<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico                    | <input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas neurológicas, informes de laboratorio, como EEG (electroencefalogramas), EKG (electrocardiogramas) etc. | <input type="checkbox"/> Fechas de consultas<br>_____<br>_____<br>_____              |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica        | <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH  |  |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta                | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas psicológicas / vocacionales  |  |
| <input type="checkbox"/> Historial/Información personal |   |  |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento individual |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otros:                         |   |  |

\_\_\_\_\_  
Autorizado por (Nombre y Título)

\_\_\_\_\_  
Fecha de autorización