

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

