

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: __Teléfono: (__) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Los centros de salud CommuniCare+OLE llevan a cabo medidas razonables para limitar la divulgación de la información médica protegida a la mínima cantidad de información necesaria para lograr el propósito previsto.**Autorizo a CommuniCare+OLE para (seleccione una opción):** ___ Liberar mis registros a: ___ Solicitar mis registros a:

Persona/Organización: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de fax: (__) _____

Motivo de la solicitud (seleccione todas las que apliquen): Continuidad de la atención (fecha de la cita): _____ Seguro Otro: _____**Intervalo de fechas para los registros autorizados por esta solicitud:** De ___/___/___ hasta ___/___/___**Modo de divulgación:** Copia impresa CD/USB (únicamente imágenes dentales)**Método de entrega:** Recolección (si aplica) Fax Correo**Tipo de registros solicitados:**___ **Registros dentales** Registros dentales (historial dental e información sobre visitas) Imágenes dentales (rayos-X)___ **Registros médicos** Toda la información médica personal (resúmenes de visitas, informes prenatales, análisis de laboratorio, diagnóstico por imagen, listas de medicación, etc.)**Únicamente los registros especificados:** Resultados de laboratorio Resultados de imágenes Medicamentos Lista de problemas Vacunas Exámenes físicos Notas de consulta (especificar): _____ Registros prenatales y postparto: _____ Otro (describalo): _____**Información sensible del paciente**

La siguiente información no será divulgada a menos que usted nos autorice específicamente a hacerlo marcando las casillas a continuación:

 Salud sexual/reproductiva/atención para la afirmación del género: control de natalidad, aborto, tratamiento de ITS, atención relacionada con el género (CMIA §56.11) Información sobre el diagnóstico o el tratamiento de la salud mental (Código de bienestar e Instituciones §§5328, et seq.) Divulgación de resultados de pruebas de VIH/SIDA (Código de Salud y Seguridad, §120980(g)). Divulgación de información referente a pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §124980(j))

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**NOTA:**

Su historial médico puede incluir información referente al VIH/SIDA, alcohol/drogas o servicios de salud mental/conductual. No se divulgarán los expedientes reales de los tratamientos de VIH/SIDA, alcohol/drogas y/o salud mental/conductual, a menos que se soliciten específicamente en la página uno.

VENCIMIENTO:**SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Esta autorización entrará en vigor de forma inmediata y **permanecerá vigente durante un (1) año** a partir de la fecha de su firma, a menos que aquí se especifique una fecha diferente: / ____/ ____.

RECONOCIMIENTOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará a mi capacidad para obtener un tratamiento o un pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe presentarse por escrito, estar firmada por mí o a mi nombre y entregarse en cualquier centro de salud CommuniCare+OLE.
- Mi revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no tendrá ningún efecto sobre los usos o la divulgación realizados mientras mi autorización estaba vigente.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación autorizo.
- Es posible que se me cobre una cuota por las solicitudes de registros voluminosos (cuota máxima de \$10 por solicitud que reúna los requisitos)

RESTRICCIONES

La legislación de California prohíbe al destinatario divulgar más información sobre su salud, a menos que obtenga otra autorización suya o que la divulgación sea exigida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios fuera del Estado de California.

FIRMAS:

Nombre (en letra de molde): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si la firma no es del paciente, escriba el nombre y el parentesco:

Nombre (en letra de molde): _____ Relación con el o la paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

REVOCACIÓN: Comprendo y reconozco que las revocaciones/cancelaciones de esta designación no se aplicarán a la información que ya haya sido divulgada ni afectarán a las acciones emprendidas por CCOLE Health antes de esta solicitud.

Firme y escriba la fecha para revocar esta autorización: Firma: _____ Fecha: _____