

Autorización para Uso o Divulgación de Información Médica

EXPLICACIÓN: Este documento autoriza el uso o divulgación de información médica protegida, de la manera descrita abajo, y es voluntario. El Children's Specialists of San Diego no puede brindar servicios con la condición de que Ud. firme o no firme esta autorización, excepto bajo limitadas circunstancias, como servicios relativos a estudios, determinaciones de elegibilidad o registro, o servicios realizados únicamente para crear información para un solicitante de afuera (tal como Compensación del Obrero). En tales circunstancias, el Children's Specialists of San Diego pudiera rehusarse a dar servicios a menos que Ud. provea autorización para compartir su información. Tenga en cuenta que una vez que su información sale del Children's Specialists of San Diego, el Children's ya no podrá proteger tal información, y los receptores de su información pudieran no estar obligados a proteger su información por ley.

AUTORIZACIÓN: Por este medio yo autorizo a (Nombre y Dirección del establecimiento o individuo) _____

para que brinde a {o} para que obtenga de
Nombre y dirección del establecimiento o individuo: _____

expedientes e información pertinentes al historial médico, condición mental o física, servicios o tratamientos brindados a :
(Nombre del Paciente) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Servicio: _____

Ubicación del Servicio: Consultorio del Dr. Hospitalizado Consulta Externa Emergencia Otro _____

Esta autorización se limita a los siguientes expedientes médicos y tipos de información:

- Sumario al Egreso Historia / Examen Físico Reportes de Consulta Notas de Progreso
 Pruebas de Laboratorio Reportes de Rayos-X Fotografías, videos, digitales u otras imágenes
 Otros (especifique cualquier limitación): _____

USOS: El peticionario puede usar los expedientes médicos y tipo de información autorizada sólo para los siguientes fines:

- Continuar Atenciones Inspección de Archivos Solamente Asunto Legal Reclamo de Seguros Copia Personal
 Segunda Opinión Otro (Sírvase especificar): _____

DURACIÓN: Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, según las instrucciones de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Children's Specialists of San Diego, excepto cuando se haya tomado acción en base a esta autorización. A menos que por otra parte se haya revocado, esta autorización expira a los 6 meses de firmada.

RESTRICCIONES: Tengo entendido que el Children's Specialists of San Diego no puede continuar usando o compartiendo la información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que tal uso o divulgación sea requerida o permitida específicamente por la ley. Por este medio yo libero al Children's de cualquiera / toda responsabilidad legal que pudiera surgir por revelar esta información a la parte arriba mencionada.

COPIA ADICIONAL: Además, entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Civil Code §.56.11)

FIRMA:

Firma

Fecha

Testigo

Parentesco con el Paciente

Teléfono y Código de Área

Información enviada el: Fecha Por: