

Antelope Valley Medical Center
Un centro del Distrito de Atención Médica De Antelope Valley
1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534
www.avmc.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento, usted autoriza la revelación o el uso de la información médica identificable, como se describe abajo, según las leyes federales y de California sobre la privacidad de esa información. Si no comparte toda la información solicitada, esta autorización podría perder su validez.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------------	----------	---------------	----------------------------	---------------------

Por el presente, autorizo a **Antelope Valley Medical Center (AVMC)** a revelar información médica protegida a:

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizado a recibir la información: _____ (Nombre completo de la persona o la organización)

Dirección (Dirección completa)	Ciudad	Estado	Código postal
-----------------------------------	--------	--------	---------------

Fecha/período de tiempo específico:

Especifique la fecha/el período de tiempo para la información seleccionada abajo:

Desde: _____ Hasta: _____

Información que se revelará:

☐ Historia clínica y examen físico	☐ Resumen del alta
☐ Informes quirúrgicos/de procedimientos	☐ Informes del Departamento de Emergencias (Emergency Department)
☐ Informes de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, EKG, etc.)	☐ Notas de evolución
☐ Informes de consulta	☐ Informes de patología
☐ Otra (especifique) _____	

No se compartirá la información sensible, a menos que esto se autorice de forma específica abajo:

Comprendo y acepto que, si escribo mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información que aparece abajo, esa información se revelará.

☐ Resultados de la prueba de VIH _____ (inicial) ☐ Expedientes de salud conductual _____ (inicial)

Método de revelación: ☐ Correo postal ☐ Retiro en persona ☐ Revisión/inspección
☐ Fax al número: _____
☐ Correo electrónico _____
☐ Disco compacto (*solo para expedientes electrónicos*)

Propósito: La información médica protegida se está usando o revelando para los siguientes fines:

☐ Uso personal ☐ Atención continua ☐ Otro: _____

A menos que se la revoque, esta autorización expira un año después de la fecha en que se firmó o el día: _____

FIRME ABAJO:	
Fecha	Firma (paciente/representante legal)
Si la persona que firma no es el paciente, indique su vínculo legal con el paciente:	
Nombre en la letra de molde	Número de teléfono
Dirección	

FOR MEDICAL RECORDS DEPARTMENT USE ONLY		
Copy of this form to requestor: ☐ Yes ☐ No ☐ NA		
Charges/Deposits discussed: ☐ Yes ☐ No ☐ NA		
Verification and Witness: ID Verified		
☐ Picture ID ☐ Wristband ☐ Signature Comparison		
☐ Last 4 digits of social security number _____ ☐ Other: _____		
Witness Signature	Print name and title	Date

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

LLENADO DE LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para proteger la información médica confidencial de nuestros pacientes, debemos tener una autorización legible, completa y válida para revelar su información médica.

Debe completar todas las secciones de esta autorización para que AVMC pueda revelar su información médica protegida.

Aviso:

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito, firmar el documento (u otra persona en mi nombre debe hacerlo) y enviarlo a la siguiente dirección: Antelope Valley Medical Center – Medical Records Department 1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534.

Mi revocación entrará en vigor al momento de su recepción, salvo en los casos en los que otros hayan actuado según esta autorización.

Puedo revisar u obtener una copia de la información médica de la que debo autorizar su utilización o revelación.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

El receptor de la información revelada de acuerdo con esta autorización puede volver a revelarla. En algunos casos, el acto de volver a revelar la información no está prohibido por la ley de California y podría ya no estar protegido por la ley de confidencialidad federal (HIPAA).

Sin embargo, en la ley de California, se prohíbe que la persona que recibe mi información médica siga revelándola, a menos que obtenga otra autorización mía para esa revelación, salvo cuando la ley exija o permita de forma específica esta divulgación.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a hacerlo, mi acceso al tratamiento, el pago y la elegibilidad para recibir beneficios no se verán afectados.

Los pacientes y sus representantes pueden solicitar expedientes a través del portal para pacientes de AVMC.

Si ya tiene una cuenta del portal para pacientes, puede acceder al sitio seguro en www.avmc.org/myavmc.