

Antelope Valley Medical Center

1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534

www.avmc.org

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este formulario, se autoriza la divulgación o el uso de información médica que permita la identificación individualizada, como se indica a continuación, en concordancia con las leyes federales y de California con respecto a la confidencialidad de dicha información. No proporcionar toda la información solicitada dejaría esta autorización sin validez.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre:	Apellido	Nombre de pila	Letra inicial segundo nombre	Fecha de nacimiento

Por medio de la presente autorizo a **Antelope Valley Medical Center** que entregue información médica protegida:

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA			
Persona autorizada para recibir información (Nombre completo de la persona u organización)			
Dirección completa	Ciudad	Estado	Código postal

Entregar:

- Extracto solamente (**Primer extracto es gratis** – Toda la información importante como la Hoja informativa, archivos de urgencias, informes dictados por los médicos e informes diagnósticos.)
- Limitación a informes específicos _____
- Toda la información médica correspondiente a cualquier historial clínico, mental o condición física y tratamiento recibidos.

Limitaciones: Específicamente autorizo la entrega de la siguiente información (marque lo que corresponda):

- General médico/quirúrgica Historial de salud mental Resultados de la prueba de VIH
- Otra – especifique: _____

Fechas de servicio: Todas Fechas específicas _____

Forma de entrega: correo recogida revisión/inspección por fax, al # _____
 correo electrónico _____

Disco compacto (solo corresponde a archivos electrónicos) otro _____

¿Desea que se le notifique por teléfono cuando los archivos sean enviados por fax? Sí No

Si así fuera, escriba el número telefónico _____

¿Necesita la información médica para una cita? No Sí Fecha en la que necesita: _____

Objetivo: La información médica protegida será utilizada o divulgada para los siguientes objetivos:

- Uso personal Continuación de atención médica Otra _____

Vencimiento: Esta autorización vence un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique de otra manera: _____

Fecha/ evento

La divulgación y el uso de las notas de psicoterapia requieren una autorización separada.

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Puedo anular esta autorización en cualquier momento y dicha anulación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi representación, y entregada en la siguiente dirección: *Antelope Valley Medical Center – Medical Records Department 1600 West Avenue J, Lancaster, CA 93534.*

Dicha anulación tendrá efecto al momento de ser recibida, pero no se aplicará a lo que el solicitante u otros ya hubiesen actuado según esta autorización.

Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica que se me solicita usar o divulgar.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La persona que recibe la información considerada dentro de esta autorización podría divulgarla nuevamente. La divulgación repetida, en ciertos casos, no está protegida por las leyes de California y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (*HIPAA*, por sus siglas en inglés).

Puedo rehusarme a firmar esta autorización, lo que no afectará la posibilidad de recibir tratamiento o pago o elegibilidad para recibir beneficios.

FIRMA A CONTINUACIÓN:

Fecha	Firma (paciente/representante/cónyuge/parte financieramente responsable)
Si firma alguien que no sea el paciente, indique su parentesco legal con el mismo	
Nombre en letra imprenta	# de teléfono
Dirección	

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVOS MÉDICOS ÚNICAMENTE

¿Copia de este formulario para el solicitante? Sí No No corresponde

¿Conversación costos/depósitos? Sí No No corresponde

Verificación y testigos: Identificación comprobada

Identificación con fotografía Brazaletes de identificación Comparación de firmas

Últimos 4 dígitos del número de seguro social _____ Otro: _____

Firma del testigo	Nombre en letra imprenta y título	Fecha
-------------------	-----------------------------------	-------