



REVELACION DE ACTAS o SOLICITUD/AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Domicilio Particular: _____

Teléfono de Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ESPECIFIQUE INFORMACION QUE SE REVELARA O QUE SE HA SOLICITADO (CIRCULE CUALES): La información que se puede revelar o se ha solicitado (circule cual) bajo esta Autorización incluye

- Informe de Alta, Informe Evolutivo/Notas Medicas, Informe de Radiografía, Informe de Patología, Historia Clínica y Física, Notas de Enfermeras, Informe ECG/Electromiograma/Electroencefalograma, Informe de Consulta, Informe de Urgencia, Informe de Laboratorio, Informe Quirúrgico, Expediente Completo, Otros

Expedientes para el tiempo de (fechas) desde _____ a _____

MI INFORMACION ALTAMENTE CONFIDENCIAL:

Al marcar cualquiera de las cajitas junto a la categoría de información altamente confidencial abajo enumeradas, yo específicamente autorizo el uso y/o revelación de la categoría de información altamente confidencial indicada junto a la cajita, si cualquiera de tal información se utilizara o se revelara conforme a esta autorización:

- Información sobre salud mental o servicios de retraso mental, Notas de Psicoterapia creadas por un profesional de la salud mental, Información sobre pruebas relacionadas-VIH/SIDA, Información sobre enfermedades de transmisión sexual, Información sobre servicios de programa de tratamiento para abuso de alcohol o drogas, Información sobre agresión sexual, Información sobre abuso y abandono de menores

REVELE Información A : SOLICITAR Información de:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

VIGENCIA: Esta Autorización permanecerá en efecto:

- Desde la fecha de esta Autorización hasta el _____ de _____, del 20_____, Hasta que EMANUEL MEDICAL CENTER cumpla con esta petición, Hasta que el siguiente evento ocurra: _____, Otra: _____

PROPOSITO: Yo autorizo a EMANUEL MEDICAL CENTER para que use o revele mi información de salud (incluyendo la información altamente confidencial que elegí arriba, si alguna) durante la vigencia de esta Autorización para el/los propósito(s) siguiente(s) específico(s):

[Nota: "a instancia del Paciente" es suficiente si el Paciente inicia esta Autorización]



REVELACION DE ACTAS o SOLICITUD/AUTORIZACION PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD

Entiendo que una vez que EMANUEL MEDICAL CENTER revele mi información al recipiente, EMANUEL MEDICAL CENTER no puede garantizar que el recipiente no va a revelar mi información de salud a terceros. La tercera parte podría ser que no esté obligada a cumplir con esta Autorización o ley federal o estatal pertinente gobernando el uso y revelación de mi información de salud.

Yo entiendo que EMANUEL MEDICAL CENTER puede, directamente o indirectamente, recibir remuneración de parte de una tercera parte en relación con el uso o revelación de mi información de salud.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y que tal negación o revocación no afectara el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en EMANUEL MEDICAL CENTER; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en EMANUEL MEDICAL CENTER es para el único propósito de crear información de salud para revelación al recipiente identificado en esta Autorización, en el cuyo caso EMANUEL MEDICAL CENTER puede rehusarse a darme tratamiento si no firmo esta Autorización.

Entiendo que esta Autorización va a permanecer en efecto hasta que la vigencia de esta Autorización se venza o yo proporcione un aviso por escrito de revocación a la Oficina de Privacidad de EMANUEL MEDICAL CENTER al domicilio anotado a continuación. La revocación tendrá efecto inmediatamente una vez que EMANUEL MEDICAL CENTER reciba mi aviso por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto en ningún procedimiento que EMANUEL MEDICAL CENTER haya tomado en fiabilidad a esta Autorización antes de haber recibido mi aviso por escrito de la revocación.

Entiendo que podría haber un cobro por hacer copias de expedientes conforme a las normas estatales.

Puedo comunicarme a la Oficina de Privacidad de Emanuel Medical Center por correo a:

825 Delbon Ave., Turlock, CA 95382 o por correo electrónico al HHH-Privacy@TenetHealth.com.

He leído y entiendo las condiciones de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y revelación de mi información de salud. Con mi firma, por la presente, conscientemente y voluntariamente autorizo a que Emanuel Medical Center use o revele mi información de salud en la forma descrita arriba.

Firma de Paciente

Fecha

Nota: Si el Paciente es menor de edad o de otra forma no puede firmar esta Autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma de Representante
Personal Autorizado

Relación
al Paciente

Fecha



Emanuel Medical Center
825 Delbon Ave., Turlock, CA 95382
(209) 667-4200