

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.

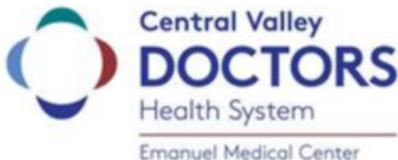
Firma de Paciente _____
Fecha

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