

El completar este documento autoriza el revelar informacion de salud individual identificable, como esta descrito en las lineas de bajo de acuerdo a la ley Federal de California con respecto a la privacidad de dicho documento. El no proveer con toda la informacion requerida puede ser motivo para invalidar esta autorizacion. Por favor escriba con letra de molde y use tinta negra o azul.

Nombre del Paciente _____ No. de registro medico _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial de sugndo nombre)

Fecha de Nacimiento _____ No. de seguro social _____ No. de telefono _____

Autorizacion

Por el presente autorizo a **Emanate Health** de suministrar a
 (Nombre de hospital)

 (Nombre) (Direccion)

 (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal) (Numero de Telefono)

La siguiente informacion:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Expediente Completo | <input type="checkbox"/> Reportes de Imagen y Rayos X | <input type="checkbox"/> Los Registros de VIH |
| <input type="checkbox"/> Resumen | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Emergencia: Informes de labatoria y/o radiologia |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Empleador | <input type="checkbox"/> Grabacion de Video Logopedia (costo \$10) |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Registros de Clinica |

Usos

Esta informacion para la que estoy autorizando la divulgacion se utilizara para el siguiente proposito

Derechos del Paciente

- Yo puedo negarme a firmar esta autorizacion.
- Yo puedo inspeccionar y obtener una copia de la informacion de salud que me han pedido para permitir el uso o revelacion de.
- Yo puedo revovar esta autorizacion en cualquier momento. Mi revocacion debe se ser por escrito, firmada por mi parte, y entregada al Departamento de Registro Medico.
- Mi revocacion sera efectiva en cuanto sea recibida, pero no sera efectiva al prorrogar por el solicitante u otros personas que hayan actuado dependiendo de esta autorizacion.
- Yo tengo el derecho de recibir una copia de eata autorizacion.

Duracion de Autorizacion

Esta autorizacion se vence en la siguiente fecha, evento o condicion _____

Si o no especifico la fecha o evento de vencimiento, esta autorizacion se vencera 6 meses a la fecha en que fue firmada.

Restricciones

La informacion revelada en esta autorizacion puede ser re-divulgada por el receptor. Dicha re-divulgacion en algunos casos no esta prohibido por la ley de California y puede que ya no sea protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi informacion de salud de hacer mas divulgacion de la misma a menos que otra autorizacion para tal divulgacion es especificamente requerido p permitido por la ley.

X

 Firma del paciente o representante legal Fecha/Hora Relacion al paciente (si ha sido firmado por el representante legal)

 Testigo Fecha/Hora



AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF
 PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

