

LOMA LINDA PSYCHIATRIC MEDICAL GROUP

1007 E. Cooley Dr., Suite 109, Colton, CA 92324 • (909) 370-4700

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

("Consentimiento para divulgar información")

Al completar este formulario, autoriza el uso y/o la divulgación de su información médica según se describe a continuación. Lea el formulario completo antes de firmarlo. ***Se requiere una autorización aparte para divulgar las notas de psicoterapia.***

Información para el paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

1. Por la presente autorizo la divulgación de información de:

Nombre del proveedor/organización: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

2. Para divulgar información a:

Nombre de la persona/proveedor/organización: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

3. Información que se divulgará

Seleccione una opción:

☐ Toda la información de salud relativa a mi historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido.

☐ Solo los siguientes registros o tipos de información (incluya las fechas, si corresponde): _____

Las siguientes categorías requieren su inicial específica antes de que puedan ser divulgadas, incluso si seleccionó "toda la información de salud" anteriormente:

- ☐ Registros de tratamiento de salud mental Inicial: _____
- ☐ Resultados de las pruebas psicológicas Inicial: _____
- ☐ Registros de tratamiento por alcoholismo o drogadicción Inicial: _____

4. Finalidad de la divulgación

- ☐ Continuidad de la atención / coordinación del tratamiento ☐ Uso personal ☐ Procedimiento legal
- ☐ Otro: _____

5. Caducidad

Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma a continuación, a menos que se especifique aquí una fecha de vencimiento o un evento diferente:

6. Sus derechos

1. No es necesario que firme esta autorización. Su negativa no afectará su capacidad para recibir tratamiento, pago ni su elegibilidad para los beneficios de este consultorio.
2. Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al proveedor u organización mencionados en la Sección 1. La revocación entrará en vigor al recibirla, salvo en la medida en que el consultorio ya haya actuado basándose en esta autorización.
3. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.
4. La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y, una vez divulgada, podría dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California generalmente prohíbe que el destinatario vuelva a divulgar su información sin una nueva autorización suya, a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

7. Firma

He leído esta autorización (o me la han leído), la entiendo y doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud tal como se describe anteriormente.

Firma del paciente / Fecha

Nombre impreso

Firma del representante legal / Fecha (si
corresponde)

Nombre impreso / Parentesco con el paciente

Firma del testigo/personal / Fecha

¿Se le entregó una copia al paciente? ☐ Sí ☐
No