

West County Health Centers
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, PONGA FECHA Y FIRME.

I. Yo, _____, Fecha de Nacimiento _____, por este medio voluntariamente autorizo
 (Nombre del paciente en letra de molde)
 la divulgación de información de mi archivo médico.

II. ENVIO: DE PARTE PARA

ENVIO: DE PARTE PARA

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD
West County Health Centers, Attn: Archivos Médicos

DOMICILIO
652 Petaluma Ave; Suite H

CIUDAD/ESTADO
Sebastopol, CA 95472

Teléfono Fax
(707) 824- 8216 (707) 824-9335

NOMBRE DE PERSONA/ORGANIZACIÓN/CENTRO

DOMICILIO

CIUDAD/ESTADO

Teléfono Fax

III. El propósito o la necesidad de esta divulgación es para:

- Más atención médica Abogado Escuela Investigación
 Uso personal Aseguranza Discapacidad Otro(*especifique*): _____

IV. (a) La información para ser divulgada de mi archivo de salud es: (inicie todas las líneas apropiadas)

_____ Sólo la información relacionada con(*especifique*): _____
 _____ Sólo de fechas _____ a _____

A menos que indique, sólo los archivos de los 2 años previos a esta solicitud ser án enviados

_____ Otros (especifique) (Dental, Laboratorios, Cobros, Clinica de Adolescentes, etc.): _____
 _____ Todo el Archivo* (*no incluye información de Salud Protegida Sensible a menos que sea especificado a continuación*)

(b) Información Médica Sensible y Protegida que yo pido que sea enviada, **inicie** las líneas aplicables a continuación:

_____ Alcohol/Tratamiento de Drogas/Referencia _____ Tratamientos Relacionados con el VIH/SIDA
 _____ Notas de Salud Mental SOLAMENTE (con poner mis iniciales, estoy reconociendo cualquier privilegio de psicoterapeuta y paciente)

* Iniciales Solamente (*no se aceptan palomitas ni marcas de X*)

V. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a: West County Health Centers, Departamento de Archivos Médicos, 6800 Palm Ave., Sebastopol, CA 95472, excepto en la medida en que ha actuado al amparo de esta autorización. Información revelada en virtud de esta autorización podría volver a ser revelada por el destinatario. Re-divulgación no puede ser protegida por la ley de California o ley federal HIPAA, dependiendo de las circunstancias. Confidencialidad del acto médico de información (CMIA) prohíbe tal re-divulgación sin una nueva autorización escrita excepto como específicamente permitido o requerido por la ley (California Código Civil inciso 56,13). Si esta autorización no ha sido revocada, terminará en un año de la fecha de mi firma, a menos de que otra fecha de caducidad sea diferente.

 (*Especifique Nueva Fecha*)

West County Health Centers, sus centros, empleados, funcionarios y médicos por est medio son lieberados de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada aquí

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL (Indique relación al paciente)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (Si la firma del paciente es con una marca o huella digital)	FECHA

Esta información es para ser usada para el proposito indicado arriba y no puede utilizarse por el destinatario para ningún otro proposito.

Note: El plazo para el procesamiento de Envio de Archivos Médicos puede tomar hasta 30 días despues de la fecha de firma .