

Autorización para liberación de información confidencial

Página | 1

(Llenar ambos lados de este formulario)

Apellido del consumidor	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------------------	--------	----------------	---------------------

Dirección física	Ciudad	Código postal	Teléfono durante el día
------------------	--------	---------------	-------------------------

Número de seguro social ***(Obligatorio)**

Yo, solicito que mi información de salud protegida (PHI) de:

Nombre del proveedor de atención de salud	Teléfono
---	----------

Dirección	Ciudad/estado	Código postal	Nº fax (si se conoce)
-----------	---------------	---------------	-----------------------

Sea divulgada a: ACBH – QA Office
Asistencia al consumidor
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Yo autorizo que la siguiente PHI sea liberada de mi(s) expediente(s) médicos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Expediente de diapositivas patológicas |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes detallados de facturación |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de radiología | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos, consultas |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (todas las págs.) | <input type="checkbox"/> Informe operatorio |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |



La ley estatal y federal protege la siguiente información. Se ésta información se aplica a usted, indique por favor si le gustaría que se divulgue/obtenga esta información (incluidas las fechas cuando corresponda):

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Expedientes de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expedientes de psicoterapias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pruebas de VIH y resultados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expediente de alcohol, drogas o abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expediente genético | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Que cubren el periodo de atención de salud desde:

Fecha(s) específicas _____ a _____ **O**

Todos los encuentros/visitas pasadas, presente y futuras

Propósito de la solicitud de información: Resolver mi queja o solicitud de apelación

Este consentimiento está sujeto a la revocación por el abajo firmante en cualquier momento con excepción de que dicha acción se haya tomado en dependencia de los sucesivo, y si no se revoca anteriormente, deberá cesar seis (6) meses a partir de la fecha del consentimiento. El firmante puede revocar esta liberación por escrito o de forma verbal informando a Asistencia del consumidor.

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente
(si corresponde)

Está prohibida cualquier divulgación de información de expedientes médicos por parte del/de los destinatario(s) con la excepción de que se indique explícitamente en el propósito de la divulgación. PROHIBICIÓN DE OTRAS DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SUD PROTEGIDA: La sección 2 del CFR 42 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.