



---

## Autorización para la revelación de información confidencial

*(Complete los dos lados de este formulario)*

Apellido del consumidor	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Ciudad	Código postal	Teléfono para llamadas durante el día

---

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

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

Nombre del proveedor de atención médica	Teléfono		
Dirección postal	Ciudad/Estado	Código postal	N.º de fax (si se conoce)

**Se revele a:** ACBHD – QA Office

Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, CA 94606

**Autorizo que la siguiente PHI se revele de mi expediente médico:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias             | <input type="checkbox"/> Preparaciones/informe de patología         |
| <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio                        | <input type="checkbox"/> Registros de facturación detallados        |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología                         | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                           |
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunas                            | <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico, consultas |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (todas las páginas) | <input type="checkbox"/> Informes de operaciones                    |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____                                    |   |

***Las leyes estatales y federales protegen la siguiente información. Si esta información aplica a usted, indique si le gustaría que esta información se revele/obtenga (incluya las fechas según corresponda):***

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Registros de salud mental   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Registros de psicoterapia   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pruebas y resultados de VIH | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Registro de consumo de  Sí  No

alcohol, drogas o abuso de sustancias

Registros genéticos  Sí  No

**Que comprende el período de atención médica del:** Fechas específicas \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ O

Todas las consultas/visitas pasadas, presentes y futuras

**Motivo de la solicitud de información:** Resolver mi queja o solicitud de apelación

Este consentimiento está sujeto a la cancelación del firmante en cualquier momento, salvo que se hayan tomado medidas al respecto según este documento y, si no se cancela antes, finalizará seis (6) meses después de la fecha de consentimiento. El firmante puede cancelar esta revelación por escrito o informando verbalmente a Asistencia al Consumidor.

---

Firma del cliente o

representante autorizado

Fecha

---

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente (si corresponde)

---

**Se prohíbe cualquier revelación de información del expediente médico por parte de los destinatarios, salvo que esté implícita en el motivo de la revelación. PROHIBICIÓN DE VOLVER A REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SUD:  
La Parte 2 de 42 CFR prohíbe la revelación no autorizada de estos registros.**