
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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Registro de la sala de emergencias | ☐ Preparaciones/informe de patología |
| ☐ Informes de laboratorio | ☐ Registros de facturación detallados |
| ☐ Informes de radiología | ☐ Resumen del alta |
| ☐ Registro de vacunas | ☐ Historia médica y examen físico, consultas |
| ☐ Expediente médico completo (todas las páginas) | ☐ Informes de operaciones |
| ☐ 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	☐ Sí	☐ No
Registros de psicoterapia	☐ Sí	☐ No
Pruebas y resultados de VIH	☐ Sí	☐ No
Registro de consumo de alcohol, drogas o abuso de sustancias	☐ Sí	☐ No
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.