Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo a **Hoag Memorial Hospital Presbyterian, o a sus afiliados y proveedores afiliados,** a divulgar la información que se indica a continuación a: (Indique la persona/organización autorizada a recibir esta información).

Nombre/Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Teléfono: _____

Seleccione el tipo de formato que los registros deben tener:

☐ Papel ☐ Disco Compacto ☐ USB

Seleccione cómo le gustaría recibir los registros:

☐ Enviar por correo a la dirección antes mencionada

☐ El paciente los recogerá

☐ Autorizo a _____ a recoger las copias de mi registro médico.

O bien, puede recibir los registros en formato electrónico (seleccione):

☐ Correo electrónico asegurado: _____

☐ MyChart (portal para pacientes)

☐ Intercambio seguro de imágenes médicas (solo imágenes de radiología/cardiología):
Correo electrónico: _____

Esta autorización se aplica a lo siguiente: Fecha(s) de servicio: _____

☐ Emergencias/atención de urgencia ☐ Historial y exámen físico ☐ Consultas ☐ Informe Operativo

☐ Resumen de altas ☐ Notas médicas ☐ Pedidos médicos ☐ Notas de enfermería

☐ ECG, EMG, EEG ☐ Informes de Radiología ☐ Registros de Anestesia ☐ Informes de Laboratorio/patologías

☐ Vacunas ☐ Imágenes de Radiología, Examen: _____

☐ Registro de consultas ambulatorias/Clinica - Nombre de Clínica/Proveedor: _____

☐ Otro: _____

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque según corresponda):

☐ Información sobre tratamiento de trastorno ☐ Resultados de pruebas de VIH ☐ Servicios relacionados con abortos por abuso de sustancias

☐ Información sobre tratamiento de salud mental ☐ Atención de afirmación de género

Se requiere una autorización aparte para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

Propósito del uso/la divulgación:

☐ Solicitud del paciente ☐ Atención médica adicional ☐ Seguro **O** ☐ Otro: _____

Vencimiento:

Esta autorización vencerá en el lapso de un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique otra fecha o evento:_____

Firma del Paciente/Representante Legal: _____Fecha: _____Hora: _____A. M./P. M.
(Patient/Legal Representative Signature) *(Date)* *(Time)*

Si la firma no es del paciente, indique la relacion legal con el paciente: _____
(If signed by other than patient, indicate legal relationship to patient)

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): _____
(Print Name – Legal Representative)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR COPIAS DE REGISTROS MÉDICOS

Al completarse este documento, se autoriza la divulgación o el uso de información de salud de identificación individual, según lo establecido a continuación, conforme a la ley federal y de California concerniente a la privacidad de dicha información. Esta autorización puede invalidarse si no se brinda toda la información solicitada:

Aviso de derechos y otra información:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Debo presentar mi revocación por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregarla a Hoag Hospital, Health Information Department, One Hoag Drive, Newport Beach, CA 92658. Mi revocación entrará en vigencia al momento de la recepción, pero no tendrá vigencia en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado conforme a esta autorización.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

- El receptor puede divulgar nuevamente la información divulgada de acuerdo con esta autorización, y es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe la información de salud del paciente realizar divulgaciones adicionales de esta, a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación por parte del paciente o de un representante autorizado, o salvo que la ley requiera o permita específicamente dicha divulgación.

- Puedo examinar u obtener una copia de la información de salud para cuya divulgación se me ha solicitado autorización.

Complete la información de la solicitud en el reverso.