



## PERMISO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para poder proteger la privacidad y dar el mejor servicio posible a sus clientes, Sharp HealthCare le permite decirnos con quién podemos comunicarnos sobre su atención médica o estado de salud.

**EXPLICACIÓN:** Este formulario es opcional y autoriza a Sharp HealthCare a comunicarse con la persona nombrada de la manera que se describe en el formulario. Esto no da la capacidad de solicitar copias de sus registros médicos a la persona autorizada. Si usted decide no firmar el formulario no afectará su posibilidad de obtener tratamiento de Sharp HealthCare. Tenga en cuenta que una vez que su información salga de Sharp HealthCare, Sharp HealthCare ya no podrá proteger esa información de usted y es posible que quien reciba su información no tenga la obligación legal de protegerla.

### **AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR (DIVULGAR) INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA:**

Las leyes federales y estatales nos exigen obtener una autorización específica de los pacientes para compartir información privada y delicada. La información confidencial se define como tratamiento o documentación relacionada con los resultados de las pruebas de VIH y SIDA; atención psiquiátrica y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas. No se incluirá la información privada y delicada a menos de que usted la identifique específicamente para que sí se pueda compartir.

**RESTRICCIONES:** Entiendo que Sharp HealthCare no puede seguir usando o compartiendo la información descrita en este formulario a menos que se obtenga otra autorización mía o a menos de que ese uso o compartición sea específicamente requerido o permitido por la ley. Por la presente, libero a Sharp HealthCare de cualquier y de toda responsabilidad que pueda surgir de la compartición de esta información a la parte nombrada en este formulario.

**COPIA ADICIONAL:** Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la pido.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo revocar (retirar) esta autorización si lo pido por escrito en cualquier momento, menos sobre lo que ya haya sucedido de acuerdo con en esta autorización.

Llame al 858-541-5400 si tiene alguna pregunta. Envíe los formularios llenos a:  
Sharp HealthCare, Health Information Management (Gerencia de Información Médica)

Correo electrónico: [SHC.Records@sharp.com](mailto:SHC.Records@sharp.com)

Fax: 858-636-2287

Correo postal: 300 Fir St., San Diego, CA 92101

## PERMISO PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE MÉDICA PROTEGIDA

Nombre del o la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sharp HealthCare: \_\_\_\_\_

**He revisado la página 1 de este formulario y autorizo a Sharp HealthCare a discutir la siguiente información sobre mí:**

Médica: TODO (por ej., diagnóstico, resultados de pruebas, tratamiento y medicamentos)

Médica: SOLO con respecto al siguiente diagnóstico:

Facturación: TODO

Facturación: SOLO con respecto al siguiente diagnóstico:

La autorización para discutir la información contenida en este cuadro requiere una autorización específica. Por favor, ponga sus *iniciales* junto a cada tipo de información que se pueda discutir.

Resultados de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Información de salud mental

Información sobre dependencia al alcohol y químicos

**Autorizo que se comparta la información especificada anteriormente con:**

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Fecha de vencimiento:** Si no se indica ninguna fecha, la autorización vencerá un año a partir de la fecha de su firma. \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Testigo (opcional):** \_\_\_\_\_

Si usted no es el o la paciente, indique su relación con el o la paciente: \_\_\_\_\_