



Health Information Management (HIM) Department
 300 Fir Street, San Diego, CA 92101
 Phone: 858-541-5400 Fax: 858-636-2287 Email: SHC.Records@sharp.com

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Es necesario llenar todas las secciones antes de que Sharp HealthCare pueda divulgar su PHI.

EXPLICACIÓN: Este formulario autoriza a utilizar o a divulgar la PHI de la manera descrita a continuación y es voluntario. Sharp HealthCare no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización. Tenga en cuenta que, una vez que su información salga de Sharp HealthCare, la institución ya no podrá protegerla y los destinatarios de dicha información podrían no tener la obligación legal de hacerlo.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR PHI ESPECÍFICA: Las leyes federales y estatales exigen que obtengamos la autorización específica del paciente para divulgar información especialmente sensible. Se entiende por información sensible el tratamiento o la documentación relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los resultados de las pruebas de detección de sida; la atención psiquiátrica; y el tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Tenga en cuenta que esta información se excluirá automáticamente, salvo que usted solicite de manera específica su divulgación.

RECEPCIÓN DE REGISTROS POR VÍA ELECTRÓNICA: Si prefiere esta opción, proporcione una dirección de correo electrónico en el espacio señalado e indique si desea recibir los registros cifrados o sin cifrar. Al elegir recibirlos sin cifrar, reconoce que existe cierto riesgo de que la información de salud identificable u otra información confidencial pueda ser remitida a destinatarios equivocados, leída o interceptada por personas no autorizadas.

RESTRICCIONES: Entiendo que Sharp HealthCare no puede volver a utilizar ni divulgar la información descrita en la página 2 de este formulario, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que la ley exija o autorice explícitamente dicho uso o divulgación. Por la presente libero a Sharp HealthCare de cualquier responsabilidad que pudiera surgir de la divulgación de esta información a la parte indicada en este formulario.

COPIA ADICIONAL: Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito.

REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en los casos en que ya se haya actuado con base en ella, conforme a las prácticas de privacidad de Sharp HealthCare.

CARGOS: Es posible que deba pagar una tarifa razonable de gestión basada en el costo. Esta tarifa cubre los costos administrativos, así como los costos asociados con la reproducción de la información.

REGISTROS EXTERNOS: Entiendo que es práctica de los hospitales de Sharp HealthCare conservar todos los registros recibidos de proveedores externos. Asimismo, entiendo que no es práctica de Sharp Rees-Stealy conservar todos los registros médicos provenientes de proveedores externos. Si los médicos de Sharp Rees-Stealy deciden no conservar copias de los registros médicos de proveedores externos a Sharp Rees-Stealy, usted deberá ponerse en contacto con su proveedor que no sea de Sharp HealthCare para obtener copias completas de dichos registros.

AVISO A LOS PACIENTES DE MEDICINA OCUPACIONAL: La ley de California permite que su empleador acceda a sus registros de salud únicamente si usted autoriza la divulgación por escrito o en determinadas circunstancias específicas. Algunas de estas circunstancias incluyen: cuando su empleador está obligado a hacerlo por ley; cuando usted está involucrado en una demanda (o proceso similar) con su empleador y su historial médico es relevante; cuando su empleador solicitó y pagó la información; cuando la información es necesaria para evaluar la necesidad de una licencia médica o beneficios relacionados con la discapacidad; o cuando es necesario para administrar su plan de beneficios para empleados. Si tiene preguntas o inquietudes sobre si alguna de las situaciones anteriores se aplica a usted, comuníquese con su proveedor antes de comenzar cualquier procedimiento y considere informar a su empleador.



SHC-MR-3795-NS

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Label



OFFICE USE			
SHC#:	User ID/Facility:	Date:	<input type="checkbox"/> ID Checked
Completed by:	Date:	DOS Released:	Total Pages:
Documents Released/Comments:			

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Obtener registros de (marque todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Sharp Rees-Stealy Medical Center <input type="checkbox"/> Hospital de Sharp: <input type="checkbox"/> Chula Vista <input type="checkbox"/> Coronado <input type="checkbox"/> Mesa Vista/McDonald Center <input type="checkbox"/> Grossmont <input type="checkbox"/> Memorial/Mary Birch/Outpatient Pavilion <input type="checkbox"/> Otro: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Centro Dirección Ciudad/Estado/Código postal Teléfono </div>	
Entregar los registros a:	Nombre de la persona/centro: _____ Teléfono: _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____	
Información que se divulgará (marque todas las opciones que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Hospitalización (historia clínica y exploración física, informes quirúrgicos/de laboratorio/radiológicos, resumen del alta, notas de evolución) <input type="checkbox"/> Consulta en clínica o consultorio (notas del consultorio/procedimiento/cirugía, informes de vacunación, laboratorio, diagnóstico y radiología) <input type="checkbox"/> Departamento de Emergencias (dictado/notas, informes de laboratorio/radiología) <input type="checkbox"/> Expediente médico abierto (durante la hospitalización) <input type="checkbox"/> Otros registros médicos (especifique): _____		
Fechas de tratamiento del servicio que se solicitan: _____		
Método de entrega (elija uno):	<input type="checkbox"/> Correo electrónico cifrado/seguro <input type="checkbox"/> sin cifrar: _____ <input type="checkbox"/> Correo postal de EE. UU. <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Se requiere autorización especial: Los registros divulgados pueden incluir información relacionada con referencias de salud mental, alcohol/drogas y VIH. Los registros propiamente dichos del tratamiento de salud mental, del trastorno por uso de sustancias y/o los resultados de las pruebas de VIH no se divulgarán salvo que se soliciten expresamente a continuación. <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH <input type="checkbox"/> Registros del tratamiento de salud mental <input type="checkbox"/> Registros del tratamiento sobre trastornos por uso de sustancias		
Uso de la información: El destinatario identificado anteriormente puede utilizar mi información médica protegida (PHI) con fines de uso (marque uno): <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Atención médica continua – Fecha de la cita (si se conoce): ____/____/____		
Vencimiento: Esta autorización vencerá un año a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que se indique aquí una fecha de vencimiento anterior: ____/____/____. ____ Coloque sus iniciales aquí si esta solicitud requiere que las notas de tratamiento futuro se divulguen al mismo destinatario mencionado anteriormente. Esto permitirá que Sharp divulgue futuras fechas de tratamiento hasta la fecha de vencimiento.		
Al firmar a continuación, afirmo que he leído y comprendo las páginas 1 y 2 de esta autorización. Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Si no es el paciente, indique la relación: <input type="checkbox"/> Padre/Madre/Tutor legal <input type="checkbox"/> Apoderado legal designado (DPOA) <input type="checkbox"/> Otro _____ Testigo (opcional): _____		



SHC-MR-3795-NS

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Label