



Health Information Management (HIM) Department
 Dirección de envío: 5651 Copley Dr. Suite A. San Diego, CA 92111
 Phone: 858-541-5400 Fax: 858-636-2287 Email: SHC.Records@sharp.com

**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
 (AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

Deben completarse todas las secciones antes de que Sharp HealthCare pueda divulgar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

ACLARACIÓN: Este formulario autoriza el uso o la divulgación de información médica protegida en la forma que se describe a continuación y es voluntario. Negarse a firmar no afectará su capacidad de recibir tratamiento de Sharp HealthCare. Por favor tenga en cuenta que una vez que su información salga de Sharp HealthCare ya no podremos protegerla y es posible que los receptores de su información no tengan la obligación legal de hacerlo.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA ESPECÍFICA: Las leyes federales y estatales requieren que obtengamos una autorización específica de los pacientes para entregar información especialmente sensible. La información sensible se define como el tratamiento o la documentación relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y resultados de las pruebas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); así como la atención psiquiátrica y el tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Tenga en cuenta que excluirémos automáticamente este tipo de información a menos que usted la identifique específicamente para su divulgación.

RECIBIR EXPEDIENTES ELECTRÓNICOS: Si prefiere esta opción, proporcione una dirección de correo electrónico donde se indica y seleccione si desea recibir los expedientes encriptados o no encriptados. Si elige la opción de no encriptados, usted entiende que existe el riesgo de que información médica identificable y otra información confidencial pueda ser mal dirigida, leída o interceptada por personas no autorizadas. Por favor, haga esto además de proporcionar su dirección postal.

RESTRICCIONES: Entiendo que Sharp HealthCare no podrá seguir usando o divulgando la información descrita en la página 2 de este formulario a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por ley. Por la presente eximo a Sharp HealthCare de cualquier y toda responsabilidad que pueda 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 a mi solicitud.

REVOCAACION: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esa acción ya se haya realizado.

CARGOS: Usted puede ser responsable del pago de una tarifa de procesamiento razonable en base al costo. La tarifa cubre gastos administrativos, así como cualquier y todo gasto asociado con la copia de la información.

EXPEDIENTES EXTERNOS: Entiendo que es práctica de los hospitales de Sharp HealthCare retener todos los expedientes recibidos de proveedores externos. Además, entiendo que no es práctica de Sharp Rees-Stealy retener todos los expedientes médicos externos. Si los médicos de Sharp Rees-Stealy deciden no conservar copias de sus expedientes médicos, de médicos fuera de Sharp Rees-Stealy, deberá comunicarse con su proveedor que no pertenece a Sharp HealthCare para obtener copias completas de dichos expedientes.

AVISO A LOS PACIENTES DE MEDICINA OCUPACIONAL: La ley de California le permite a su empleador acceder a sus expedientes médicos solo si usted autoriza la divulgación por escrito o por ciertas razones específicas. Algunas de las razones incluyen situaciones en las que su empleador está obligado a hacerlo por ley; cuando usted está involucrado en una demanda (o un proceso similar) con su empleador y su historial médico se encuentra en discusión; cuando la información fue solicitada o pagada por su empleador; cuando se requiere la información para evaluar su necesidad de licencia médica o beneficios relacionados con una discapacidad; o cuando es necesario para administrar su plan de beneficios para empleados. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de si alguna de las situaciones antes indicadas aplica para usted, por favor notifique a su proveedor antes de comenzar cualquier procedimiento y considere notificar 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"/> Sharp Hospital: <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 o centro: _____ Teléfono: _____ Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____	

Información que se divulgará (marque todas las opciones que correspondan):

Estancia en el hospital (antecedentes y exámenes físicos, informes de cirugía, de laboratorio y radiología, resumen del alta y notas de progreso)
 Visita a la clínica o como paciente ambulatorio (notas del consultorio, notas de procedimientos, notas de cirugía, vacunas, resultados de laboratorio, pruebas diagnósticas e informes de radiología)
 Visitas al departamento de emergencias (dictados, notas, informes de laboratorio y radiología)
 Registro médico abierto (durante la hospitalización)
 Otros registros médicos (especifique): _____

Fechas de tratamiento del servicio que se solicitan: _____

Método de entrega (elija uno):

Correo electrónico cifrado/seguro o no cifrado: _____
 Correo de EE. UU. Otro: _____

Se requiere autorización especial: Los registros divulgados pueden incluir información relacionada con referencias de salud mental, alcohol/drogas y VIH. Los registros en sí del tratamiento de salud mental, trastorno por uso de sustancias o los resultados de las pruebas de VIH no se divulgarán a menos que se solicite específicamente a continuación.

Resultados de la prueba del VIH Registros del tratamiento de la salud mental Registros del tratamiento sobre trastornos por uso de sustancias

Uso de la información: El destinatario identificado anteriormente puede usar mi información médica protegida (PHI) para (marque uno):

Personal Legal 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: _____

Indique la relación si no es el paciente: Padre/madre/tutor legal Poder legal duradero (DPOA)

Otra _____

Testigo (opcional): _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record Number: _____

Label

