



**HEALTH INFORMATION MANAGEMENT
 DEPARTMENT**
 TELÉFONO#: 626-574-3566 FAX#: 626-898-8855
 DL-UAH-HIMROIStaff@med.usc.edu
**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE
 INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Recoger Correo Fax # Correo electrónico

Al completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información de salud. **El no proporcionar toda la información solicitada en este formulario puede invalidar esta Autorización.**

Por la presente autorizo a *USC Arcadia Hospital* a usar o divulgar mi información de salud protegida de la siguiente manera:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:			
Nombre del paciente:			# MR
Dirección:		Email:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:		
DIVULGAR INFORMACIÓN A:			
Nombre:		Teléfono:	Fax:
Dirección:		Email:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:			
Especifique fecha de servicio/admisión:			
<input type="checkbox"/> Toda la información de salud relacionada con la(s) anterior(es) fecha(s) de servicio de mi historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido; y/o			
<input type="checkbox"/> Solo los tipos de información de salud especificados _____			
<input type="checkbox"/> Películas de radiología/CD <input type="checkbox"/> Diapositivas de patología <input type="checkbox"/> Otros: _____			
Me gustaría recibir esta información en: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Formato electrónico			
Limitaciones de divulgación, en su caso:			
Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (coloque sus iniciales según corresponda):			
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Tratamiento de alcohol/drogas			
<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental			

Coloque sus iniciales si no aplica

PROPÓSITO DE MI SOLICITUD

Paciente | Otros:

VENCIMIENTO

Esta autorización vence en esta fecha específica:

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Si lo hace, no podremos divulgar sus registros médicos a usted ni al solicitante.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud protegida que se me pide que divulgue.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a *USC Arcadia Hospital, 300 West Huntington Drive, Arcadia, CA 91007*. Mi revocación surtirá efecto contra recibo, excepto en la medida en que otros hayan actuado de acuerdo con esta autorización.
- Ni el tratamiento, pago o elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que proporcione o se niegue a proporcionar esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser re-divulgada por el destinatario. Esta nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Si se marca esta casilla , el Solicitante recibirá una compensación por el uso o la divulgación de mi información. (Fines de comercialización)

FIRMA:

Firma:

Fecha:

Hora:

Si no está firmado por el paciente, firme y establezca su relación legal con el paciente y presente la identificación y/o documentos apropiados para respaldar a la autoridad para la solicitud.

Nombre del representante personal: _____

Padre de un menor Tutor legal/conservador Titular de un poder notarial para la asistencia médica Ejecutor Otro: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

ID verificada por:

Fecha:

Hora:

El paciente recibió una copia de este formulario