



Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	MR# <i>(solo para uso de la oficina):</i>
----------------------	----------------------	---

Autorizo a _____ a divulgar Información Protegida de Salud (PHI) a:
(nombre de la persona/centro que tiene información)

_____ *(nombre de la persona/centro que va a RECIBIR la PHI)*

Domicilio: _____

Cuidad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Solicito recibir mis ejemplares:	<input type="checkbox"/> Recogida del paciente	<input type="checkbox"/> Copia en papel
	<input type="checkbox"/> Unidad USB	<input type="checkbox"/> Fax (telefono: _____)

ESPECIFICAR EL CENTRO MÉDICO AL QUE SE SOLICITA LA PHI:

Hospital, 300 Canal Street, King City, CA 93930 (831) 385-7183 Fax (831) 385-0366

King City Clinic, 210 Canal Street, King City, CA 93930 (831)385-7100 Fax (831) 385-5940

ADOC Greenfield, 467 El Camino Real, Greenfield, CA 93927 (831) 674—0112 Fax (831) 674-4199

Specialty Clinic, 400 Canal Street, Suite B., King City, CA 93930, (831) 386-7401 Fax (831) 386-7402

Adult Medical Clinic, 400 Canal Street, Suite C., King City, CA 93930 (831) 385-7200 Fax (831) 385-5940

Rehabilitation Services, 809 Broadway Street, Suite C., King City, CA 93930 (831) 385-6835 Fax (831) 385-6686

Family Medical Center, ponerse en contacto con la Administración de Información Médica al (831) 385-7235 Fax (831) 385-0366

Children’s Health and Wellness Center, 809 Broadway Street, Suite D, King City, CA 93930 (831) 386-7437 Fax (831) 386-7312

INFORMATION A DIVULGAR: Especifique la fecha y/o período de tiempo para la información seleccionada anteriormente:

<input type="checkbox"/> Estados de cuenta	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Información sobre abuso de alcohol y drogas
<input type="checkbox"/> Consultas/Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registros clínicos de paciente ambulatorio	





Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	MR# <i>(solo para uso de la oficina):</i>
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (ECG)	<input type="checkbox"/> Informes de patologia	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/> Informes de emergencia	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Salud mental (excepto notas de psicoterapia)	
<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Radiología/Radiografías INFORME O PELÍCULAS <i>(margue uno)</i>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES *(marque uno o más):*

A solicitud del paciente/representante del paciente

Otro *(indique el motivo):* _____

Iniciales del paciente o del representante legal: _____

AVISO: Mee Memorial Healthcare System y muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de salud deben mantener la confidencialidad de su PHI, conforme la ley. Si usted ha autorizado la divulgación de su PHI a alguien a quien no se exige legalmente que mantenga la confidencialidad, la misma puede ya no estar protegida por la legislación estatal o federal sobre confidencialidad.

MIS RERECHOS:

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no podrán estar condicionados por la firma de esta autorización, salvo que la autorización sea para:
 1. Llevar a cabo una investigación relacionada con el tratamiento,
 2. Para obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud,
 3. Para determinar la obligación de una entidad para pagar una reclamación o
 4. Para crear PHI para entregar a un tercero.
- Podré revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y remita la misma a la Administración de Información Médica, Mee Memorial Hospital and Clinics, 300 Canal Street, King City, CA 93930. La revocación tendrá efecto cuando Mee Memorial Hospital and Clinics la reciba, salvo en el caso en que Mee Memorial Hospital and Clinics u otras entidades ya hayan contado con la misma.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.





Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	MR# <i>(solo para uso de la oficina):</i>
----------------------	----------------------	---

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACION:

A menos que sea revocada, la autorización vence _____ *(ingrese la fecha o el evento que corresponda)*. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá **12 meses** después de la firma del presente formulario.

Firma: _____
(paciente)

Fecha: _____ **Hora:** _____ **am / pm**

Si firma una persona que no es el paciente, indique relación: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante legal)