



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento se autoriza la divulgación y/o el uso de información médica identificable individualmente, como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California respecto a la privacidad de dicha información. **El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.**

Por la presente autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica como se describe en los puntos 6 y/o 6a a continuación.

1. Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguridad Social: _____
(Por favor escriba el nombre en letra de molde)

Correo electrónico del paciente: _____

2. Autorizo a:

Edinger Medical Group
9900 Talbert Avenue, Suites 301-302
Fountain Valley, CA 92708

3. Para divulgar información médica protegida a:

Médico/Institución _____
Dirección _____
Ciudad, código postal _____
N° de fax _____

4. Autorizo a:

Médico/Institución _____
Dirección _____
Ciudad, código postal _____

5. Para divulgar información médica protegida a:

Edinger Medical Group
9900 Talbert Avenue, Suites 301-302
Fountain Valley, CA 92708

6. INFORMACIÓN MÉDICA A DIVULGAR PARA LAS SIGUIENTES FECHAS:

(No es válido si no se completan las fechas/período) Fechas/período: _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de obstetricia y ginecología | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Registros de facturación - Especifique |
| <input type="checkbox"/> Visitas específicas | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías | <input type="checkbox"/> Otros (describa) |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación | <input type="checkbox"/> Láminas de radiografías - Especifique _____ | |

6a. En cumplimiento con los Estatutos de California que requieren un permiso especial para divulgar de otro modo información privilegiada, sírvase divulgar los registros correspondientes a: *(se requiere una autorización específica por separado)*

- Salud mental Consumo de drogas Consumo de alcohol Pruebas de VIH/SIDA

7. **PROPÓSITO O NECESIDAD DE DIVULGACIÓN: (Marque las categorías que correspondan - debe marcar al menos UNA)**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Para obtener más atención médica | <input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad | <input type="checkbox"/> Indemnización de los trabajadores |
| <input type="checkbox"/> A petición del paciente | <input type="checkbox"/> Determinación del seguro de vida | <input type="checkbox"/> Estudio de investigación de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Determinación de empleo | <input type="checkbox"/> Investigación legal | <input type="checkbox"/> Otro |

8. **FECHA DE CADUCIDAD:**

Esta autorización expirará el _____ / _____ / _____. Si no indico una fecha, esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de mi firma.

9. **FIRMA:**

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente o representante legal del paciente)

Si lo firma una persona que no sea el paciente, indique su relación legal con el paciente: _____

Testigo: _____

si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, ésta puede ser divulgada y dejar de estar protegida. La ley de California prohíbe a los receptores de su información médica volver a divulgar dicha información, salvo con su autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Edinger Medical Group reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de su información médica según las normas federales de privacidad y la ley de California. El paciente debe ser consciente de la siguiente información cuando solicite o divulgue información médica.

Derecho a negarse a firmar esta autorización. Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará la capacidad del paciente para recibir tratamiento o el pago de reclamos.

Derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información médica que se utilizará o divulgará: El paciente tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información médica que ha autorizado para ser utilizada o divulgada al firmar este formulario de autorización.

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Un paciente tiene derecho a recibir una copia del formulario de autorización firmado.

Derecho a revocar esta autorización: Un paciente tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito de la revocación al Oficial de Privacidad. La revocación de esta autorización **no** afectará a ninguna acción realizada en virtud de esta autorización antes de recibir el aviso de revocación por escrito.

Múltiples divulgaciones de información: Un paciente puede solicitar múltiples divulgaciones de la información indicada en el formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a los registros fechados hasta e incluyendo la fecha de la firma del paciente. Se necesita una nueva autorización para la divulgación de información para la atención proporcionada después de la fecha de la firma del paciente, **a menos** que la autorización establezca específicamente que se pueden divulgar **registros específicos** que se generarán en el futuro, por ejemplo, “registros futuros de una prueba específica” o “registros futuros de una cita clínica específica”.

Quién puede firmar esta autorización:

1. Por lo general, todos los pacientes mayores de 18 años deben firmar la divulgación de su propia información médica, a menos que se den las siguientes condiciones:
 - a. el paciente es incapaz
 - b. el paciente es discapacitado y no puede firmar el formulario
 - c. el paciente ha fallecido (puede firmar el cónyuge superviviente o el representante personal de la herencia. Si no hay cónyuge o representante superviviente, puede firmar un miembro adulto de la familia inmediata)

Importante: Con muy pocas excepciones, si el paciente es mayor de 18 años, **no** se aceptan las firmas de los padres.

2. Todas las personas que firmen la divulgación de información médica en nombre del paciente deben declarar su relación con el paciente y proporcionar una prueba de la autoridad legal de su capacidad para actuar en nombre del paciente.
3. Menores de edad: Los pacientes menores de 18 años deben firmar para la divulgación de información médica en los siguientes casos:
 - a. tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas: mayores de 12 años
 - b. tratamiento de salud mental: los mayores de 12 años pueden consentir la divulgación de los registros sin el consentimiento de los padres
 - c. resultados de la prueba del VIH: mayores de 12 años
 - d. menores emancipados que estén casados o en el ejército

Tarifas de los expedientes: Las copias de la historia médica de un paciente enviadas directamente a otro médico o centro médico se harán generalmente sin costo alguno; sin embargo, si se hacen muchas solicitudes, se puede aplicar una tarifa de copiado según lo permitido por la ley de California.

Registros Médicos del Grupo Médico Edinger

Correo electrónico: medicalrecords@edingermedicalgroup.com

Fax: 714-965-2595