

SADDLEBACK MEDICAL GROUP

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (Authorization to Release Protected Health Information)

Nombre Del Paciente (letra de Imprenta): _____

Fecha De Nacimiento: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo, _____ Teléfono: _____

(Paciente o representante legal del paciente para la atención médica)

Autorizo por la presente el uso o la revelación de la información médica del paciente designado como se describe a continuación. La siguiente persona o organización está autorizada a revelar la información:

SADDLEBACK MEDICAL GROUP / DOCTOR: _____

La información puede ser revelada a la siguiente persona o organización:

(Nombre y domicilio, ciudad, código postal)

INFORMACIÓN A REVELAR:

La información que va a revelarse se requiere para la siguiente finalidad:

_____ Atención médica continua

_____ Asesoramiento legal

_____ Seguro (para el pago)

_____ No esta feliz con el cuidado / servicio

_____ Otra (especifique): _____

El tipo de información a revelar incluye (por favor marque una opción con sus iniciales):

_____ Atención médica general

_____ Resultados de pruebas de detección del HIV

Por favor indique si hay usos específicos y limitaciones al uso de la información por parte del destinatario:

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:

- Esta autorización es voluntaria.
- Yo puedo revisar o copiar la información que se va a revelar como se provee en la nota de información.
- Puede haber un cargo por la fotocopia de esta información
- Puede existir el riesgo de que se revele esta misma información sin autorización. Yo libero a Saddleback Medical Group de cualquier responsabilidad legal que pudiera surgir en caso de que esto pasará.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al departamento de información sobre la salud (Medical Records Department) a la dirección que aparece abajo.

Vencimiento de la autorización: A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Si no se especifica una fecha, evento o condición para el vencimiento de esta autorización, su validez será de no más de 6 meses a partir de la fecha en que se firme, excepto cuando los reglamentos estatales o federales lo especifiquen de otra manera, en cuyo caso aplicará el periodo de tiempo más corto.

Firma del paciente / Padres / Representante Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Identificación _____ Licencia de California _____ Otra _____

Por favor envíe su solicitud a: **Saddleback Medical Group * Medical Records Department**
23961 Calle de la Magdalena suite 500 * Laguna Hills, CA 92653