

## AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

- Centro Médico Regional Arrowhead (ARMC) 400 N. Pepper Ave., Colton, CA 92324  
Teléfono: (909) 580-0060 Fax: (909) 658-3799
- Fontana-Centro de Salud Familiar (FFHC) 16888 Baseline Ave, Fontana, CA 92336  
Teléfono: (909) 347-1654 Fax: (909) 347-1749
- McKee-Centro de Salud Familiar (MFHC) 1499 E. Highland Ave., San Bernardino, CA 92404 Telé-  
fono: (909) 386-9796 Fax: (909) 883-1591
- Redlands-Centro de Salud Familiar (RFHC) 800 E. Lugonia Ave., Suite F, Redlands, CA 92374  
Teléfono: (909) 798-8414 Fax: (909) 798-8425
- Westside-Centro de Salud Familiar (WFHC) 850 E. Foothill Blvd., Rialto, CA 92376  
Teléfono: (909) 421-9499 Fax: (909) 421-9407

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Número del Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Prefiero: (marque uno)  **Enviar la información por correo**

Por lo presente autorizo a Arrowhead Regional Medical Center o Centro de Salud Familiar tal y como está indicado arriba a:

- (marque uno)  **Revelar mi información médica protegida.**  
 **Obtener mi información de salud protegida de:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio (incluyendo ciudad, estado y zona postal): \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la siguiente información de salud protegida: (Marque todo lo que corresponda)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta         | <input type="checkbox"/> Reportes de Operación              | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos            | <input type="checkbox"/> Cuarto de emergencia               | <input type="checkbox"/> Reportes de Patología  |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de Radiología  | <input type="checkbox"/> Datos de facturas                  | <input type="checkbox"/> Historial y físico     |
| <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Registros de farmacia ambulatorios | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones         |
| <input type="checkbox"/> Notas de Clinica        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |   |

Fecha (s) de tratamiento: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Información altamente confidencial del historial del paciente** – Al aplicar mis iniciales junto a una categoría de información altamente confidencial que se menciona a continuación, autorizo específicamente el uso y / o la divulgación del tipo de información altamente confidencial indicada, si tal información será utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización.

\_\_\_\_\_ Información sobre tratamiento de salud mental (**Aprobación del médico antes de divulgar información**)

\_\_\_\_\_ Información sobre tratamiento de alcohol / drogas

\_\_\_\_\_ Resultados de examen del VIH (independientemente del resultado)

\_\_\_\_\_ He revisado y conversado los resultados de mi prueba de VIH con mi proveedor medico  Sí  No



Entiendo que

- Podré inspeccionar o copiar la información de salud protegida descrita por esta autorización.
- Esta autorización podrá ser revocada por escrito a cualquier hora, aunque la revocación no será efectiva con la divulgación de registros que ya han sido autorizados y entregados previamente, o cuando otra acción ya ha sido tomada en dependencia de una autorización que ya haya firmado.
- Información utilizada o divulgada conforme a esta autorización podría ser sujeta a re-divulgación por el destinatario y, si es así, no podrá ser sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- Entiendo que el destinatario de mi información no deberá condicionar tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios en mi autorización suministrada para la solicitud para uso o divulgación y que podre rehusarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que el recipiente de mi información médica deberá de tener la oportunidad de obtener remuneración directa o indirecta como resultado de la información obtenida por esta autorización.

---

Fecha Firma del paciente o representante

---

Número de teléfono Autoridad o relación del representante

**FECHA DE EXPIRACION:** Esta autorización expirara el (fecha):

---

*(Si no hay fecha establecida, la expiración será **seis meses a partir de la fecha de la firma.**)*

Nota: Se le proporcionará una copia de esta autorización si la autorización fue solicitada por y para el uso de ARMC, FFHC, MFHC, RFHC o WFHC.

*Este formulario de autorización se utilizará para todas las solicitudes de información médica protegida (PHI) para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones (TPO). Todas las solicitudes de uso o revelación de información del paciente (PHI) que requieran autorización del paciente deben contener los requisitos enumerados en este formulario. Este formulario cumple con la Directiva de Privacidad (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act y la ley estatal (45 CFR 160-164) de California según corresponda.*

<b>Office Use Only</b>	
<input type="checkbox"/> ID Verified	<input type="checkbox"/> On-site Pickup <input type="checkbox"/> Mailed - Date: _____ Staff Name _____
<input type="checkbox"/> Denied	Reason (Document all denials) _____

