



1860 Howe Ave, Suite 455
Sacramento, CA 95825
Phone: (916) 454-2345
Fax: (916) 457-2667
www.elicahealth.org

Autorización para Revelar y Compartir Información de Salud Integral

MRN: _____
Office Use Only

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY) _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
¿Está usted registrado en el Portal del Paciente de Elica? (Circule): YES / NO

Destinatario de la Información Médica

Por el presente autorizó a **Elica Health Centers, su personal y proveedores a:**

Compartir con:

Solicito a:

Persona / Organización: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Envío : Correo Fax Adquirir en Persona Correo electrónico Seguro

Propósito de Revelación de Salud Médica

El propósito de revelar mi información médica es:

Coordinación de Cuidado Legal/Investigación Médica Cobros/Actividades de Pagos Uso Personal

Otro (*Especifique*): _____

Información a Revelar

Autorizo la revelación de la siguiente información:

Todo los datos y registros de mi salud, incluidos mis registros médicos, resultados de laboratorio, resultados de radiología, diagnósticos, notas de consultas, registros dentales, tratamientos y prescripciones médicas.

Rango de Fechas: _____

Otro

Solamente la siguiente información (*Especifique*): _____



1860 Howe Ave, Suite 455
Sacramento, CA 95825
Phone: (916) 454-2345
Fax: (916) 457-2667
www.elicahealth.org

Información a Revelar

Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud especialmente protegida (42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800) [marque y ponga sus iniciales en todo lo que corresponda]:

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud de conducta (sin incluir notas de psicoterapia) | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniciales de los resultados de la prueba del VIH / SIDA | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniciales de los resultados de las pruebas genéticas | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniciales de enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades transmisibles | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniciales de los registros de tratamiento por alcoholismo / drogas | Iniciales: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iniciales de los registros de facturación | Iniciales: _____ |

Vencimiento y Revocación

Esta autorización vencerá ____ / ____ / ____ (Si no se indica una fecha, esta autorización es válida (1) año a partir de la fecha de la firma a continuación.

Puedo negarme a firmar esta autorización, lo que no afectará mi tratamiento ni el pago de la atención médica.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue la información que he solicitado proporcionando un aviso por escrito de revocación como se especifica en el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o divulgación de información médica protegida como se indica arriba.

Entiendo que mi información médica integrada es confidencial y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que otra persona lo autorice o lo exija la ley.

- Si la parte receptora no está sujeta a las leyes de privacidad de registros médicos, el destinatario puede volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Elica Health Centers no se hace responsable de las consecuencias que resulten de la nueva divulgación.
- Elica Health Centers no utilizará ni compartirá mi información médica para fines comerciales o pagos sin informarme.
- Se me proporcionará una copia de este formulario firmado.
- Los Centros de Salud de Elica pueden cobrar una tarifa administrativa para cubrir el costo de la mano de obra, las copias y el envío postal. La oficina de información médica me informará de cualquier cargo y coordinará el pago.
- El procesamiento de esta solicitud puede demorar hasta 15 días o según lo requiera la ley.
- Este formulario cumple con los requisitos de 45 C.F.R. 164.508 (c), CA HSC 123111 (a) y Código Civil de CA §56.11.
- He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido del formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja fielmente mis deseos.

Firma del paciente / representante

Fecha

Si el paciente mencionado anteriormente es menor de edad o no puede firmar y usted es un padre, tutor legal o representante personal que firma en nombre de este paciente, firme encima de su nombre y complete lo siguiente:

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente