



Health Information Management Department  
 1111 E. Stanley Boulevard, Livermore CA 94550  
 Telefono: 925-373-8019 Faxsimile: 925-373-4126

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR O INFORMACIÓN MÉDICA**

\* Nombre de teléfono del aplicante: \_\_\_\_\_

\* Seguro Social Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Al completar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Esta autorización puede perder su validez si no proporciona **toda** la información solicitada.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

\* Yo, \_\_\_\_\_

	Apellido	Primer Nombre	Inicial de segundo nombre
(Domicilio)			

	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--	-------	--------	--------	---------------

Yo autorizo **ValleyCare Health System** a publicar la siguiente información:

- \* a.  Toda la información médica referente a mi historia médica, estado mental o físico y tratamiento recibido – **○** -
- Sólo los siguientes expedientes o tipo de información (incluso las fechas):

\_\_\_\_\_

- \* b. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque donde corresponde):
- Información sobre tratamiento de salud mental
- Resultados de análisis de VIH
- Información sobre tratamiento de alcoholismo o drogadicción

**Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o uso de las notas de psicoterapia.**

**DIVULGAR O INFORMACIÓN MEDICA:**

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

\* Domicilio: \_\_\_\_\_

## OBJECTIVO

\* Objetivo del uso o divulgación solicitados:  solicitud de paciente:

Paciente Apellido      Primer Nombre      Inicial de segundo nombre      Fecha de nacimiento

Otro: \_\_\_\_\_

Las fechas de servicio ser publicadas: \_\_\_\_\_

## VENCIMIENTO

\* Esta autorización vence el (inserte la fecha): \_\_\_\_\_

## MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita que autorize.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio: ValleyCare Health System, HIM Department, 1111 E. Stanley Blvd., Livermore, CA 94550.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

El destinatario de la información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está protegida por la ley del Estado de California, y puedo no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

## FIRMA

\* Fecha: \_\_\_\_\_ \* Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

\* Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente, representante, cónyuge, tercero responsable en lo financiero)

Si la firma no pertenece al paciente, indique su relación legal con el paciente:

\_\_\_\_\_  
Testigos: \_\_\_\_\_