

Coalinga Regional Medical Center

1191 Phelps Avenue, Coalinga, CA 93210 • (559) 935-6400 • (559) 935-4262 - fax

Autorización para divulgar información médica del paciente

Por favor, incluya toda la información solicitada o esta Autorización no será válida. *Escriba en letra de molde.*

\$ _____ de cargo por divulgación de registro -
Cheque adjunto o Efectivo pagado personalmente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Por medio de la presente, autorizo a Coalinga Regional Medical Center

A divulgar información del registro médico de _____
(Nombre del paciente). En letra de molde

| | |
|--|--|
| La siguiente información: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Registros de salud completos<input type="checkbox"/> Registros del (de los) último(s) _____ año(s), incluidas notas sobre los avances, vacunas, informes de laboratorio y radiológicos, y notas de consulta.<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio – fecha(s) _____<input type="checkbox"/> Informe(s) radiológico(s) _____<input type="checkbox"/> Notas sobre los avances – fecha(s) _____<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | Con el siguiente fin: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Legal<input type="checkbox"/> Seguro<input type="checkbox"/> Solicitud del paciente<input type="checkbox"/> Continuación de la atención<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |
|--|--|

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES

Por medio de la presente, autorizo la divulgación de datos e información relacionados con:
(marcar todos los que correspondan)

- Análisis relacionados con el VIH/SIDA
- Salud mental
- Dependencia química (drogas/alcohol)

Esta información puede ser divulgada a la siguiente persona u organización, y utilizada por esta:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de fax: (_____) _____

Esta autorización tendrá validez durante un año desde la fecha de la firma o hasta _____, el período que sea más breve. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento notificando al proveedor de la información arriba mencionado por escrito, salvo cuando esta autorización se obtuviera como condición para recibir cobertura de seguro. Toda divulgación de información realizada antes de mi revocación en cumplimiento con esta autorización no constituirá una violación de mis derechos a la confidencialidad. La información utilizada y divulgada de conformidad con esta autorización podrá estar sujeta a una nueva divulgación a cargo del destinatario y ya no estará protegida.

Firma del paciente o tutor legal
(El padre/tutor legal debe firmar si el paciente es menor de edad)

Relación con el paciente, si no es el paciente

Fecha:

Solo para uso de la oficina

Copied by: _____ Date: _____

To be sent

To be picked up Date: _____

Sent on date: _____