

Autorización para el uso o la transferencia de información de salud

1748 Market Street #201 San Francisco, CA 94102 Voice (415)565-7667 Fax (415)252-7512 www.lyon-martin.org

Nombre: _____ Teléfono # _____ Fecha de nacimiento: _____

SSN: _____ Dirección: _____

Autorizo el uso y/o la divulgación de la información de salud del sujeto arriba mencionad@

DE PARTE DE: Persona/Organización: _____

Dirección: _____

Número de Fax/ Teléfono: _____

A: Persona/ Organization _____

Dirección: _____

Número de Fax/ Teléfono: _____

Razón para la divulgación: comunicación verbal atención medica continuada/ consulta con especializada

Cambio de clínica/proveedor medico archivos personales

El tipo y la cantidad de información puede ser utilizada y divulgada de la siguiente manera:

___ lista de problemas ___ examen anual/reconocimiento físico mas reciente ___ notas de visitas mas recientes

___ lista de fármacos ___ archive de vacunas ___ resultados de análisis de laboratorio, date: _____

___ Otro: _____

Es preciso que se incluya la siguiente información protegida (ponga sus iniciales para indicar la información a compartir): ___ VIH/SIDA ___ Servicios de Salud Mental/de la conducta ___ Historial de tratamiento para el abuso de alcohol/drogas

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento, menos a la extension que los servicios de sanidad de Lyon-Martin ha tomado medidas en la transferencia de tales. Entiendo que si revoco la autorizacion debo hacerlo por escrito y presentar me revocacion escrita a la recepcion. Entiendo que la revocacion no aplicara ala compania de seguros del paciente cuado la ley proporciona al asegurador del paciente con el derecho de refuter un reclamo bajo la polisa del paciente.

Esta autorizacion expirara en la fecha siguiente: _____. Si fallo de especificar una fecha de caducidad o el acontecimiento, esta autorizacion expirara en 90 dias de hoy.

Entiendo que el uso y/o la divulgación de esta información es voluntaria, y que mi tratamiento, los gastos que incurre, y mi matriculación en programas de salud pública, no serán condicionados por mi consentimiento en firmar esta autorización, excepto como delineado abajo:

Si esta información es para mi provisión para tratamientos relacionados a investigaciones y estudios médicos, la disposición de estos tratamientos puede ser condicionada por mi consentimiento de firmar esta autorización. Si esta autorización es solamente para el propósito de crear información de salud protegida para la divulgación a la persona u organización abajo, la provisión de atención medica solo para este propósito puede ser condicionada según mi consentimiento de firmar esta autorización.

Entiendo que cualquier clase de divulgación de información trae consigo el potencial de ser divulgada a terceros por parte del recipiente, de esta manera perdiendo la protección de las reglas de confidencialidad. Cualquier pregunta que yo tenga acerca de la divulgación de información de salud protegida, puede dirigirse al equipo de LMHS al 415.565.7667.

Firma del Paciente o del representante legal

Fecha
