

*Western Sierra Medical Clinic, Inc.*

*Miners Family Health Center*

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION DE SALUD**

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre Completo del Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(POR FAVOR IMPRIMA)  
Apodo: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. Casa: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_ Núm. Trabajó: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**AUTORIZACION**

**INFORMACION QUE SEA LIBRADA DE:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Clínica / Doctor)  
\_\_\_\_\_  
(Dirección)  
\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código)  
\_\_\_\_\_  
(Núm. Teléfono)      (Núm. Fax)

Patient ID:

MRN#:

Acct. #: \_\_\_\_\_

HIPAA Log:  SI    NO

**INFORMACION QUE SEA LIBRADA A:**

Western Sierra Medical Clinic, Inc.  
Miners Family Health Center  
1345 Whispering Pines Lane  
Grass Valley, Ca 95945

**Propósito de la Liberación:**

- Cuidado Continuo
- Consulta
- Segunda Opinión
- Paciente se traslado
- Solicitud del Paciente
- Otro

Esta autorización es valida por seis (6) meses a partir de la fecha de consentimiento, o expirar en la siguiente fecha especificada, o evento, o condición: \_\_\_\_\_. Entiendo que al completar este formulario de solicitud que estaré sujeto al proceso de los pacientes nuevos que va a determinar si voy a ser aceptado como paciente en esta clínica.

**Información**

**YO AUTORIZO LA LIBRACION DE LA SIGUIENTE INFORMACION:**

- Registros Médicos de la oficina..... De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_
- Registros de Imágenes (Radios X, etc.).....De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_
- Registros de laboratorio / Patología..... De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_
- Reportes de Consultas..... De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_
- Otra Información..... De (fecha) \_\_\_\_\_ A (fecha) \_\_\_\_\_

Todos los Registros

- 
- 
- 
- 
-

CONTINUACION  
*Western Sierra Medical Clinic, Inc.*  
*Miners Family Health Center*

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION DE SALUD**

**Consentimiento / Condiciones Especiales**

Los siguientes registros requieren la firma del paciente y la fecha en que se dará a conocer en las mismas condiciones como se indico anteriormente:

- Registros Psiquiátricos
- Registro de abuso de alcohol, o drogas
- Registro de Sida, VIH, ETS

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Representante Legal

\_\_\_\_\_

Fecha

**Servicio de Copia de los Registros Médicos**

Los registros médicos que ha solicitado son copiados por EGF Business Services. EGF esta en acuerdo con Miners para copiar todos los registros médicos cuando se suministre una autorización.

Si desea una copia para usted de los últimos dos años de sus registros médicos, habrá una cantidad máxima de \$15 de cuota. Si necesita copias de más de dos años, no habrá cuota máxima y EGF se comunicara con usted para este servicio.

Las fotocopias se han hecho desde el registro original del Doctor. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de los registros.

Si tiene algunas preguntas relacionadas con los registros, por favor póngase en contacto con el departamento de registros médicos al 530-273-9340.

**FIRMA**

Entiendo que la autorización de la divulgación de esta información médica es voluntaria. No necesito firmar este formulario con el fin de asegurar tratamiento. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que el proveedor se ha basado en el uso o la divulgación de la información medica protegida. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación electrónica del destinatario y puede no estar protegida por la ley federal o estatal. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información al ser usada o revelada, según lo dispuesto en el CFR 164.524. Además entiendo que puede haber una tarifa asociada a mi petición para la liberación de la información como se rige por el código de la Salud y Seguridad de California # 123110.

\_\_\_\_\_

Fecha de Firma

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Paciente/Representante Legal)

\_\_\_\_\_

Relación ( si no paciente)