

Por la presente autorizo a:

<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Escondido	Todas las solicitudes de copias para los registros del hospital se procesan en: Palomar Medical Center Escondido Atención: Medical Records Department (Departamento de Registros Médicos) 2185 Citracado Parkway, Escondido, CA 92029 Teléfono: 760-480-7901 Fax: 760-480-7966
<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Poway	
<input type="checkbox"/> The Villas at Poway	15615 Pomerado Road, Poway CA 92064 858-613-4820
<input type="checkbox"/> Otro: Nombre de la persona o centro que tiene información	

A que divulgue información de salud protegida (PHI) a:

Nombre de la persona o centro que recibe información de salud _____ Número de teléfono _____

Dirección: Calle, Ciudad, Estado y Código postal _____

Método de entrega:	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> RECOGER PERSONALMENTE <input type="checkbox"/> REVISIÓN	Dirección de correo electrónico (escriba claramente en letra de imprenta): _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro <input type="checkbox"/> Correo electrónico no seguro Sus iniciales aquí _____
Formato de los registros:	<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> OTRO _____	

Información que se divulgará: Coloque sus iniciales junto a cada categoría de información que autoriza A divulgar:

- | | |
|---|---|
| _____ Registros del Departamento de Emergencias | _____ Registros psiquiátricos |
| _____ Resumen del alta | _____ Registros de consulta |
| _____ Historial/Examen físico | _____ Análisis de laboratorio |
| _____ Informes operativos/de procedimientos | _____ Informes de patología |
| _____ Imágenes de radiología en disco | _____ Información sobre uso de drogas/alcohol |
| _____ Informes sobre radiología/medicina nuclear | _____ Pruebas genéticas |
| _____ Resultados de pruebas de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) | _____ Rehabilitación ambulatoria |
| | _____ Facturación |
| | _____ Otro/Especificar _____ |

_____ **Registros enteros - Visitas múltiples (SE APLICA UN CARGO POR PÁGINA DE \$0.25/página)**

Registros de tratamiento por abuso de sustancias y adicciones (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valoración / Evaluación | <input type="checkbox"/> Invitación de participación familiar | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Cuestionarios | <input type="checkbox"/> Otra especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas multidisciplinarias | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | |

Pt Name _____
MR # _____
Date _____ Age _____
Sex: M F
Affix pt name label here

8700-9059S (6/18/21) Page 1 of 2
**AUTORIZACIÓN PARA USO O
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**
**PALOMAR
HEALTH**
A California Public Healthcare District



ESPECIFIQUE LA FECHA/LAPSO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ARRIBA

Fechas en que se prestaron los servicios: Desde _____ Hasta: _____

Uso de la información: La persona o entidad identificada arriba tiene el permiso de usar mi información para los siguientes fines: **Coloque sus iniciales en todo lo que corresponda.**

_____ Atención médica continua _____ Copia personal _____ Legal
_____ Seguro _____ Otro (especifique) _____

Vencimiento de la autorización:

A menos que se revoque de alguna otra forma, la presente autorización caduca el _____ (coloque la fecha o el evento que corresponda). Si no se indica una fecha, la autorización vencerá a los 12 meses de la fecha en que firmo este formulario.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y debe entregarse en: Palomar Health, **Attention: Privacy Office**, 120 Craven Road, Suite 224, San Marcos, CA 92078.

Mi revocación entrará en vigor al momento de ser recibida, salvo en la medida en que el Solicitante u otros ya hayan actuado de acuerdo con esta Autorización.

No se podrá condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios por otorgar o negarme a dar esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización puede volver a divulgarse por parte del receptor y en ese caso, podría ya no estar protegida conforme a la ley federal de confidencialidad (HIPAA). No obstante, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica realice una divulgación posterior de la misma, a menos que esto se requiera o se permita de manera específica por la ley.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Con este documento, libero a mis médicos tratantes y a sus asociados, así como al hospital y a sus empleados y representantes, de toda responsabilidad derivada de la divulgación de esta información.

Acepto que una copia fotostática o por fax de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.

Firma:

Firma: _____ Fecha/hora: _____
(Paciente/representante legal)

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Teléfono del paciente: _____ Celular: _____

Si firma una persona que no sea el paciente, indique su relación: _____

Facility Use/Para uso del hospital:

<input type="checkbox"/> <u>DPOA-HC</u>	<input type="checkbox"/> <u>Conservatorship</u>	<input type="checkbox"/> <u>Driver's License #:</u> _____	<input type="checkbox"/> <u>Other</u> _____	FIN: _____
---	---	--	--	---------------

Pt Name
MR #
Date _____ Age _____
Sex: M F
Affix pt name label here

8700-9059S (6/18/21) Page 2 of 2

**AUTORIZACIÓN PARA USO O
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**PALOMAR
HEALTH**

A California Public Healthcare District