

Por la presente autorizo a:

<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Escondido	Todas las solicitudes de copias para los registros del hospital se tramitan en: Palomar Medical Center Escondido Attention: Medical Records Department 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 la información de salud _____

Número de teléfono _____

Dirección: Calle, Ciudad, Estado y Código postal _____

Método de entrega: (Escoja UNA opción)	<input type="checkbox"/> ACCESO ELECTRÓNICO VÍA WEB	<input type="checkbox"/> REVISIÓN
	<input type="checkbox"/> FORMATO IMPRESO POR CORREO POSTAL	<input type="checkbox"/> FORMATO CD/DVD POR CORREO POSTAL
	<input type="checkbox"/> FORMATO IMPRESO PARA RECOGER PERSONALMENTE	<input type="checkbox"/> FORMATO CD/DVD PARA RECOGER PERSONALMENTE
	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO SEGURO _____ Escriba sus iniciales aquí	<input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO NO SEGURO _____ Escriba sus iniciales aquí
Dirección de correo electrónico (escriba con letra de imprenta clara) _____		

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

_____ En Informes completos: visitas múltiples (EN PAPEL, SE APLICA UN CARGO DE \$0.25 POR PÁGINA)	
_____ Visita al Departamento de Emergencias (Informes del Departamento de Emergencias, informes de consultas, notas de procedimientos, informes de radiología, análisis de laboratorio)	
_____ Estadía hospitalaria (antecedentes y exámenes físicos, informes de consultas, informes de procedimientos/cirugías, resumen del alta, informes de radiología y análisis de laboratorio)	
_____ Informes sobre radiología/medicina nuclear	
_____ Análisis de laboratorio	_____ Informes psiquiátricos
_____ Informes patológicos	_____ Información sobre el consumo de drogas/alcohol
_____ Rehabilitación para pacientes ambulatorios	_____ Resultados de los análisis de VIH
_____ Otro/Especificar _____	_____ (Virus de inmunodeficiencia humana)

Informes de tratamientos para la adicción y el consumo excesivo de sustancias (marque todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Evaluación previa/posterior	<input type="checkbox"/> Invitación de participación familiar	<input type="checkbox"/> Resumen del alta
<input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico	<input type="checkbox"/> Cuestionarios	<input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
<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 (11/5/21) Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

PALOMAR HEALTH

A California Public Healthcare District



ESPECIFIQUE LA FECHA O PERÍODO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ARRIBA

Fecha del servicio: del _____ al : _____

Uso de la información: La persona o entidad identificada arriba está autorizada para usar mi información con los siguientes fines: **Coloque sus iniciales en todas las situaciones que correspondan.**

_____ Continuidad de la atención médica _____ Copia para uso personal _____ Asuntos legales
_____ 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. Mi revocación debe ser por escrito, debe tener mi firma o estar firmada en mi nombre y se debe entregar en esta dirección: Palomar Health, **Attention: Privacy Office**, 120 Craven Road, Suite 224, San Marcos, CA 92078.

Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado en virtud de esta autorización.

Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y podría dejar de estar bajo el amparo de la Ley Federal de Confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a quien reciba mi información médica realizar cualquier divulgación, a menos que específicamente la ley exija o permita dicha práctica.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Por la presente, libero a los médicos del hospital y sus asociados, así como al hospital, sus empleados y representantes de cualquier responsabilidad a partir de la divulgación de esta información.

Acepto que una fotocopia o una copia por fax de esta autorización tiene tanta validez como el documento original.

Al firmar a continuación, afirmo que he leído y comprendo las páginas 1 a 2 de esta autorización.

Firma:

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

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

N.º de teléfono del paciente: _____ N.º de teléfono celular: _____

Si firma una persona que no sea el paciente, indicar la relación: _____

Facility Use:

<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 (11/5/21) Página 2 de 2

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

**PALOMAR
HEALTH**

A California Public Healthcare District