

Con este documento autorizo a:

<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Escondido	Todas las solicitudes de copias de los Expedientes del Hospital se procesan en: Palomar Health Atención: Medical Records Department 2227 Enterprise St. Escondido, CA 92029 Teléfono: 760-480-7901 Fax: 760-480-7966
<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Downtown Escondido	
<input type="checkbox"/> Palomar Medical Center Poway	
<input type="checkbox"/> Villa Pomerado	15615 Pomerado Road, Poway CA 92064 858-613-4545
<input type="checkbox"/> Otros: Nombre de la persona o institución que tiene la información	

Para que divulguen Información Médica Protegida (PHI) a:

Nombre de la persona o institución que recibirá la información médica _____ Teléfono _____

Dirección: Calle, Ciudad, Estado y Código Postal _____

Método de entrega: Correo Pasan a recoger

Información que se divulgará: anote sus iniciales junto a cada categoría de información que autoriza para divulgación:

- | | |
|--|--|
| _____ Informes del Departamento de emergencias | _____ Informes de consulta |
| _____ Resumen del alta | _____ Análisis de laboratorio |
| _____ Historial clínico / examen médico | _____ Informes de patología |
| _____ Informes quirúrgicos/de procedimiento | _____ Información sobre drogas/alcohol |
| _____ Informes de radiología/medicina nuclear | _____ Pruebas genéticas |
| _____ Resultados de VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) | _____ Rehabilitación como paciente ambulatorio |
| _____ Expedientes psiquiátricos | _____ Otros: especifique: _____ |

_____ Todos los expedientes: varias visitas (**APLICA UNA TARIFA POR PÁGINA DE US \$0.25/pág.**)

_____ Documentos en formato electrónico

ESPECIFIQUE LA FECHA O EL PERIODO DE TIEMPO APLICABLE A LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ARRIBA

Fechas de servicio: Del _____ al: _____

Uso de la información: La persona o entidad identificada anteriormente tiene permiso para usar mi información para los siguientes propósitos. **Favor de anotar sus iniciales en las opciones correspondientes.**

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| _____ Atención médica continua | _____ Copia personal | _____ Propósitos legales |
| _____ Seguro | _____ Otros (especifique): _____ | |

Fecha de expiración:

- 3 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo o _____ (fecha)
- Autorizo la divulgación de mi información médica protegida hasta la fecha de expiración indicada arriba, o hasta que presente una revocación, lo que ocurra primero.

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

**AUTORIZACIÓN PARA USO O
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**
**PALOMAR
HEALTH**
A California Public Healthcare District



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**, 2227 Enterprise St. Escondido, CA 92029.

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

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

**PALOMAR
HEALTH**