

## Autorización de VHP para el uso y/o la divulgación de información médica protegida

**AUTORIZACIÓN:** Autorizo a \_\_\_\_\_  
nombre de la persona/organización autorizada a divulgar los registros

a usar y divulgar a \_\_\_\_\_  
nombre de la persona y fecha de nacimiento -o- nombre de la organización autorizada a recibir los registros

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

los registros y la información, según se identifica a continuación, relacionados con:

\_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

\_\_\_\_\_  
Número de ID de VHP Fecha de nacimiento Número de teléfono

**REGISTROS:** *Importante:* Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s), escriba sus iniciales, firme y feche según sea necesario.

1.  **REGISTROS MÉDICOS** - Iniciales: \_\_\_\_\_

Los siguientes tipos de información a los que se hace referencia pueden estar incluidos o formar parte de sus registros médicos. Si desea que cualquiera de estos tipos de información se revele con sus registros médicos, debe firmar y fechar al lado de cada tipo.

Información sobre tratamientos por consumo de drogas/alcohol - Firma y fecha \_\_\_\_\_

Información de pruebas - Firma y fecha \_\_\_\_\_

Referencia a información o resultados de análisis de sangre para VIH - Firma y fecha \_\_\_\_\_

2.  **REGISTROS DE SALUD CONDUCTUAL** - Firma y fecha \_\_\_\_\_

3.  **OTROS** (*Especificar*) \_\_\_\_\_

Firma y fecha \_\_\_\_\_

**LIMITACIÓN DE LA DIVULGACIÓN:** A continuación, encontrará una descripción específica, la limitación de los registros marcados anteriormente y la(s) fecha(s) del servicio. Si no hay limitaciones, escriba *Sin limitación*.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autorización de VHP para el uso y/o la divulgación de información médica protegida

**USOS:** La persona que recibe la información médica solo puede utilizarla por los siguientes motivos:

---

Entiendo que la persona que recibe la información no puede utilizarla para ninguna otra finalidad ni divulgar la información a nadie, a menos que yo le dé una autorización por escrito o la ley lo permita.

**DURACIÓN:** Esta autorización es válida de inmediato y será válida hasta el \_\_\_\_\_ (*proporcionar la fecha*). Si no especifico una fecha, caducará 6 (seis) meses después de la fecha en que se firmó.

**COPIA ADICIONAL:** Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito. Copia solicitada y recibida: Sí  No  \_\_\_\_\_  
(Iniciales)

**CANCELACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación debe ser (1) por escrito, (2) debe enviarse o entregarse a la entidad para la que se presentó el formulario de autorización y (3) entrará en vigor una vez recibida. La cancelación no se aplicará a las medidas ya tomadas por esa entidad en virtud de esta autorización ni cuando la autorización haya sido necesaria para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tenga derecho legal a impugnar una reclamación.

**CONDICIONES:** Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se basarán en que yo dé o me niegue a dar esta autorización, excepto que mi tratamiento esté relacionado con una investigación o que se me proporcionen servicios de atención de la salud con el único fin de crear información médica protegida para su divulgación a un tercero. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

*Si es firmada por otra persona en lugar del paciente, indique la relación y la facultad para firmar.*

Relación con el miembro                      Número de teléfono                      Facultad para firmar

---

Firma del testigo                      Nombre del testigo en letra de imprenta                      Fecha

---

### PARA USO EXCLUSIVO EN SALUD CONDUCTUAL

**Complete lo siguiente si el paciente es la persona que autoriza a divulgar sus registros conforme a la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California:** El abajo firmante (el médico, el psicólogo con licencia o trabajador social con un máster en trabajo social) que está a cargo del paciente, por la presente, (aprueba) (desaprueba) que se le revele información y registros al solicitante. Si no se aprueba la divulgación, explique los motivos a continuación. Asimismo, a continuación anote o adjunte cualquier restricción sobre la divulgación de registros. (No se requiere aprobación para la divulgación al abogado del paciente). \_\_\_\_\_

---

Fecha                      Médico/psicólogo/trabajador social                      Título

---