



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

1

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 ID o número de expediente médico: _____
 Domicilio: _____

 Teléfono: _____

2 AUTORIZACIÓN: Doy permiso a _____ para usar y divulgar a
 Nombre del destinatario: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

3 PROPÓSITO: La información médica divulgada solo podrá ser utilizada con el(los) siguiente(s) propósito(s):

4 INFORMACIÓN A DIVULGAR

Fecha Desde: _____ Hasta: _____

- A. **Expediente** Toda la información médica (por ejemplo, diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento); O Imágenes y/o filmaciones Informes Facturación Información dental
- B. **Resultados de pruebas de VIH/SIDA** (Se requiere una autorización específica para cada divulgación.) **Inicial:** _____
- C. **Tratamiento por el consumo de alcohol y drogas** (por ejemplo, diagnóstico, resultados de pruebas, tratamiento, facturación, asistencia) **Inicial:** _____
- D. **Salud mental** (por ejemplo, diagnóstico, resultados de pruebas, tratamiento, facturación) **Inicial:** _____
- E. **Otros** _____ **Inicial:** _____

5 PREFERENCIAS DE ENTREGA:

Correo En persona Otro _____

6 FORMATO DE ENTREGA:

CD Filmación Impreso Otro _____

7 DURACIÓN: Esta autorización tendrá validez automáticamente y será válida hasta _____ (proporcionar la fecha). Si no escribió una fecha, expirará al cumplir los doce meses desde su firma.

8 CANCELACIÓN: Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación (1) debe ser realizada por escrito, (2) entregada o enviada al Departamento de Gestión de Información Médica y (3) será efectiva cuando sea recibida por el departamento. La cancelación no aplicará a las acciones que ya hayan sido realizadas por CSCHS en virtud de esta autorización o si la autorización era requerida para obtener una cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal a disputar un reclamo. Las cancelaciones verbales serán aceptadas para personas con expedientes médicos de salud conductual de acuerdo con la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California (WIC, por sus siglas en inglés). Llame al: 408-885-5770.

9 CONDICIONES: Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán basados en que yo acepte o me niegue a aceptar esta autorización, excepto que mi tratamiento esté relacionado con la investigación, o si los servicios médicos me son brindados únicamente con el fin de crear información médica protegida para divulgarla a un tercero. También comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

10 REDIVULGACIÓN: La información que ha sido divulgada en virtud de esta autorización podría ser nuevamente divulgada por la parte que la ha recibido. Tal redivulgación no está prohibida en ciertos casos por la ley de California y es posible que ya no sea protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA), aunque la información protegida por el Título 42 Parte 2 del Código de Regulaciones Federales sigue contando con tal protección. Adicionalmente, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica la divulgue a menos que se obtenga otra autorización para tal divulgación de mi parte, o a menos que tal divulgación sea requerida o permitida específicamente por la ley.

11 _____
Nombre del paciente/del representante del paciente

Firma del paciente/del representante del paciente

Relación

Fecha



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD**

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ID o número de registro médico: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Adjunto B: Ubicaciones del sistema de salud del condado de Santa Clara – **Para ser actualizado y editado por el Custodio del Expediente Médico del Departamento según corresponda.**

UBICACIÓN(ES) DE LOS EXPEDIENTES (marque todas las que correspondan):

Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)

Valley Health Center San Jose

Valley Health Center Downtown

Valley Health Center East Valley

Valley Health Center Gilroy

Valley Health Center Lundy (Clínica para Pacientes con Tuberculosis y Refugiados)

Valley Homeless Healthcare Program (VHHP)

Santa Clara Valley Dental Care

Valley Health Center Milpitas

Valley Health Center Moorpark

Valley Health Center Sunnyvale

Valley Health Center Tully

Valley Health Center Morgan Hill

Valley Health Center North County

Valley Specialty Center

O'Connor Hospital

O'Connor Medical Clinic - Bosque (Forest)

O'Connor Medical Clinic - Campus del hospital (MOB)

Centro para heridas (Wound Center)

St. Louise Regional Hospital

St. Louise Medical Clinics

Centro de atención mamaria (Breast Care Center)

Regional Medical Center

Servicios ambulatorios - Cirugía ambulatoria (Outpatient Services - Ambulatory Surgery)

Valley Health Center McKee

Otras clínicas

Elmwood

Clínica médica en Middlefield

Otra: _____

Guadalupe

San Pedro

TENGA EN CUENTA: **My Health Online** (<https://myhealthonline.sccgov.org>) es una forma gratuita, segura y conveniente de acceder a muchos diferentes tipos de información médica personal desde una computadora o un teléfono móvil. Esta información podría incluir: un resumen de su reciente hospitalización o visita a la clínica, una lista de los medicamentos actuales, las inmunizaciones (vacunas), un resumen de su historia clínica, resultados de laboratorio y otros exámenes importantes, etc. MyHealth Online también le permite solicitar una cita y solicitar un lugar en la lista de espera para la próxima cita disponible con su proveedor de atención médica.