



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

1 Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de identificación o de Expediente Médico: _____
 Domicilio: _____
 Tel: _____

2 AUTORIZACIÓN: Doy permiso para que _____ disponga y entregue a:
 Nombre de quien recibirá la información: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

3 PROPÓSITO: La información de salud divulgada solo podrá usarse para los siguientes propósitos:

4 INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA

A. Expedientes Médicos **Desde la siguiente fecha:** _____ **Hasta:** _____
 Toda mi información de salud (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamientos); Ó
 Imágenes o placas Reportes Cobros Dental

B. Resultados de de pruebas de VIH /SIDA (Se requiere autorización para cada una). **Iniciales:** _____

C. Tratamiento para alcoholismo y drogadicción (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros, participación en programas). **Iniciales:** _____

D. Salud Mental (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros). **Iniciales:** _____

E. Otra _____ **Iniciales:** _____

5 PREFERENCIA DE ENTREGA:
 Correo Recoger aquí Otra _____

6 FORMA DE ENTREGA:
 Disco Compacto Placa Papel Otra _____

7 VIGENCIA: Esta autorización es válida de inmediato, y lo será hasta esta fecha: _____
 Si no especifico la fecha, esta autorización vencerá a los 12 meses de haberla yo firmado.

8 CANCELACIÓN: Entiendo que tengo derecho a **cancelar** esta autorización en cualquier momento. Tal **cancelación** tendrá que ser (1) por escrito, (2) enviada o entregada al Departamento para el Manejo de la Información de Salud (Health Information Management Department), y (3) la **cancelación** entra en efecto cuando se reciba en tal departamento. Una **cancelación** no impide acciones que ya hayan sido efectuadas por CSCHS bajo esta autorización, o si la autorización se requirió para obtener un seguro médico y la aseguradora tiene un derecho legal a cuestionar algún servicio. Con base al reglamento de WIC, Sección 5328, se aceptará la **cancelación** verbal para expedientes relacionados con salud mental. Llame al 408-885-5770.

9 CONDICIONES: Entiendo que las decisiones para tratamiento, cobertura, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no se basarán en que yo dé o no permiso para divulgar mi información, **excepto** si mi tratamiento **está relacionado con una** investigación científica, o si **los servicios del cuidado de la salud** que se me otorgan son para generar información de salud protegida para divulgar a terceros. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
 Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Tengo derecho a que se me dé una copia de la misma.

10 REPETICIÓN DE LA DIVULGACIÓN: La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, tales divulgaciones no son prohibidas por las leyes de California, y podrían no estar protegidas por las leyes de confidencialidad federales (HIPAA). Sin embargo, la información protegida por el Artículo 42 de CFR, Parte 2, continúa estando sujeta a tal protección. Además, en California la ley prohíbe que la persona que recibe mi información de salud la vuelva a divulgar, a menos que yo dé otra autorización para hacerlo, o que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

11 _____
 Nombre del Paciente o su Representante Firma del paciente o su Representante Relación Fecha



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

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

(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH
INFORMATION)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación o de Expediente Médico: _____

Domicilio: _____

Tel: _____

Anexo B: Ubicaciones de County of Santa Clara Health System – **Para ser actualizado y editado por el Departamento Custodio de Expedientes Médicos según ello corresponda.**

SITIOS DONDE SE ENCUENTRAN SUS EXPEDIENTES MÉDICOS (Puede marcar todos los necesarios):

Valley Medical Center (incluye VSC, y las clínicas de Bascom y Moorpark)

Hospital O'Connor

Hospital St. Louise Regional

Clínicas Valley Health Center: Todas las Clínicas; Ó

Downtown (Centro) East Valley

Gilroy

Milpitas

Sunnyvale

Tully

Morgan Hill

Guadalupe

Elmwood

San Pedro

DePaul Health Center

Otra

AVISO: El sitio de internet myHealth Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>) es un recurso seguro y gratuito para tener acceso a varios tipos de su información personal de salud, a través de su computadora o teléfono celular. La información accesible puede incluir: resúmenes de sus hospitalizaciones o consultas recientes, una lista de sus medicamentos actuales, vacunas, resumen de su historial médico, resultados importantes de sus análisis de laboratorio, etc. En myHealth Online también puede hacer una cita, o ponerse en lista de espera para la próxima cita disponible con su proveedor de salud.