

**Autorización para divulgar información de salud protegida**  
**Authorization to Release Protected Health Information**

**Sección 1:**

**Nombre del paciente: Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primero:** \_\_\_\_\_  
**Segundo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA del paciente  
o representante legal de atención de la salud)

por el presente documento, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud protegida del paciente mencionado anteriormente según se describe a continuación.

**El Camino Hospital** está autorizado a divulgar la información al destinatario que figura a continuación:

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_  
Dirección del destinatario: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del destinatario: \_\_\_\_\_

**Sección 2: La información que será divulgada se requiere para los siguientes fines:**

- Atención médica continua     Asesor legal     Seguro (*para pago*)  
 Uso personal     Otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

**Sección 3: Tipo de registros que pueden divulgarse (*artículos iniciales que se aplican*):**

\_\_\_\_\_ Atención médica general    \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH  
(inicial)    (inicial)  
\_\_\_\_\_ Salud conductual    \_\_\_\_\_ Registros genéticos  
(inicial)    (inicial)

**Sección 3b: Tipo de informes que pueden divulgarse (*artículos iniciales que se aplican*):**

\_\_\_\_\_ **Información pertinente:** incluye informes médicos (historial y físicos,  
(inicial) Resumen de alta, informes de procedimientos y consultas) Y Resultados de  
análisis que incluyen análisis de laboratorio, radiológicos, patológicos y ECG.  
NOTA: *Consigne sus iniciales arriba para los registros de VIH, salud  
conductual o genéticos; de lo contrario, estos documentos no se incluirán.*

\_\_\_\_\_ Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_  
(inicial)



PATIENT LABEL

**Autorización para divulgar información de salud protegida**  
**Authorization to Release Protected Health Information**

**Nombre del paciente: Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primero:** \_\_\_\_\_  
**Segundo:** \_\_\_\_\_

**Consigne la fecha de la(s) visita(s) que deben divulgarse:** \_\_\_\_\_

**Limitaciones** en cuanto al uso de la información por parte del destinatario: \_\_\_\_\_

**Sección 4: ¿En qué formato le gustaría que se divulguen los registros?**

- Papel**
- Electrónico:** *(consigne sus iniciales en la opción elegida)*  
Copiados en CD \_\_\_\_\_ Copiados en unidad flash \_\_\_\_\_

Los registros se copiarán únicamente en los medios electrónicos proporcionados por El Camino Hospital y estarán encriptados y protegidos con contraseña.

Tenga en cuenta que, una vez que se divulguen estos medios electrónicos al destinatario, es su responsabilidad salvaguardar la contraseña de otras personas a fin de evitar el acceso no autorizado a la información de salud protegida copiada en la unidad flash o el CD.

Si se envía por correo, la contraseña se enviará por separado.

**Sección 5: ¿Cómo le gustaría que se divulguen los registros a la persona u organización que figura en la página 1? Elija una opción.**

- Correo
- Recogerlos en el Departamento HIM (Registros médicos- Campus Mountain View)

**Vencimiento de la autorización:**

Esta autorización vencerá una vez completada la divulgación especificada, a menos que se especifique de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

Iniciales del solicitante: \_\_\_\_\_



Patient Label

**Autorización para divulgar información de salud protegida**  
**Authorization to Release Protected Health Information**

**Nombre del paciente: Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primero:** \_\_\_\_\_  
**Segundo:** \_\_\_\_\_

**Section 6: Aviso de derechos y otra información:**

- Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario. Si me niego a firmar esta autorización, no se divulgará la información solicitada.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización. No obstante, si esta autorización es necesaria para la participación en un estudio de investigación, puede negármela la inscripción en el estudio de investigación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito, firmada por mí (o un representante legal) y entregada a:  
**El Camino Hospital – Departamento de administración de información de salud (HIM) 2500 Grant Road (M/S ECHG23) Mountain View, CA 94040**
- Comprendo que la revocación no se aplicará a información que ya ha sido divulgada en virtud de esta autorización.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede volver a ser divulgada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por ley federal. No obstante, la ley de California prohíbe que la persona que recibe información de salud la siga divulgando sin autorización, a menos que lo requiera o lo permita la ley.
- Puedo examinar u obtener una copia de la información cuya divulgación estoy autorizando.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**Section 7: Firma:**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legal de atención de la salud)

Si es firmada por una persona que no sea el paciente, indicar su relación legal con el paciente:

\_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_  
(relación)

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con:**  
Departamento de dirección de administración de información de salud/Registros médicos  
Teléfono: 650-988-7462 Fax: 650-988-8246

