

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: XXX-XX-_____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Autorizo a _____ para divulgar mi información de salud protegida a:

Nombre (de la persona u organización): _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Número de fax: _____

Tipo de información de salud protegida a divulgar (seleccione todas las que correspondan):

- Expediente de atención de emergencia/Urgente Información de salud mental (requiere divulgación separada)
- Todos los expedientes médicos del hospital Información relativa a consumo de alcohol/droga
- Todos los registros de facturación del hospital Expedientes de pruebas de VIH/SIDA
- Radiología Informe CD Laboratorio
- EKG/EEG Patología
- Otra (especifique la porción de los expedientes solamente)
 - Resumen del alta Historia clínica y física Informe quirúrgico
 - Notas de progreso Notas de consultas
 - Otra _____

Fechas del servicio: del _____ al _____

Por favor, tenga en cuenta que si no se indican las fechas del servicio, se divulgarán los expedientes de todas las fechas del servicio. Si Ud. no selecciona la información psiquiátrica/psicológica/evaluación de salud mental/información de diagnóstico, información de consumo de alcohol/drogas, o los expedientes de pruebas de HIV/SIDA, Sierra View Medical Center no divulgará esa información.



Porterville, California 93257

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI



Form # 014107 REV 08/18

Sierra View Medical Center is a service of the Sierra View Local Health Care District.

PATIENT'S LABEL

Propósito de la autorización (seleccione todas las que correspondan):

- Personal Médico (p. ej. Asistencia continua) Legal Seguro médico
- Otro: _____

Formato de la información de salud protegida y método de entrega (seleccione únicamente uno):

- Papel CD/DVD-ROM
- En persona En persona
- Correo Correo
- Fax
- Archivo PDF (correo electrónico encriptado solamente)

Fecha de entrega o recogida (si es en persona) de preferencia: _____

Dirección de preferencia para expedientes enviados por correo: _____

Correo electrónico seguro de preferencia para expedientes enviados por correo electrónico: _____

Favor tener en cuenta que Sierra View Medical Center puede cobrar por copiar los expedientes. Si tiene preguntas sobre los costos estimados, por favor, contáctenos al 559-791-4714, en roiinbox@sierra-view.com o en persona en 396 W Putnam, Porterville, Ca 93257 de 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes (excluyendo días feriados).

La autorización expira un año después de la fecha de firma, a menos que se indique una fecha anterior:
Fecha: _____

Mis derechos:

- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada a su vez por el receptor y ya no estaría protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la Ley de California prohíbe a la persona que reciba mi información hacer divulgaciones adicionales de la misma, a menos que obtenga otra autorización de mi parte para dichas divulgaciones o que dichas divulgaciones sean específicamente requeridas o permitidas por la ley.



Porterville, California 93257

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI



Form # 014107 REV 08/18

Sierra View Medical Center is a service of
the Sierra View Local Health Care District.

PATIENT'S LABEL

- Además, eximo de responsabilidad a mi médico, al hospital y a sus empleados por la divulgación de la información a la(s) persona(s)/agencia(s) designada(s) anteriormente. La fotocopia/fax de esta autorización tiene la misma validez que el original.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una carta al Departamento de Gestión de Información de Salud, a la atención de Divulgación de Información en 396 W Putnam, Porterville, Ca. 93257
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

He leído y firmado esta autorización.

Firma del Paciente/Padres/Representante Legal	Fecha	Parentesco
---	-------	------------

Nombre del representante autorizado: _____

Si Ud. es el representante legal del paciente, indique su parentesco con el paciente:

- Padres
 Tutor legal
 Otro: _____

Expedientes recibidos por	Fecha
---------------------------	-------

Solo para uso de la oficina

Date Requested filled: _____ Time: _____ By: _____

Account #: _____ Medical Record #: _____

Identification presented: _____

Fee collected: _____



Porterville, California 93257

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI



Form # 014107 REV 08/18

Sierra View Medical Center is a service of
the Sierra View Local Health Care District.

PATIENT'S LABEL