

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (Utilice el nombre legal completo, sin apodos)

Nombre del paciente: _____ Número de seguro social: XXX - XX - _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono: (____) _____ - _____
Correo electrónico: _____

ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS A: (¿A dónde desea que se envíen los registros?)

Autorizo a _____ a divulgar mis registros médicos a
Nombre del hospital/clínica/persona: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Número de fax: _____
Correo electrónico: _____

ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS A: (¿Quién desea que reciba los registros?)

Si desea que una persona designada** recoja sus registros, complete la sección a continuación:

Autorizo a _____ a recoger copias de mis registros médicos.
Relación con el/la paciente: _____

**Nota: El designado debe proporcionar una identificación con fotografía válida.

INSTRUCCIONES DE ENTREGA: (Por favor seleccione una)

- CD Correo electrónico (correo electrónico será cifrado) Copia en papel

Propósito (¿con qué propósito comparte sus registros?)

Indique su motivo/razón: _____

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE DIVULGARÁ: (¿Qué registros se divulgarán?)

- Facturas Informes de Emergencia Informes de Patología
Consultas Historial y Exámenes Físicos Notas de Evolución
Resumen de Alta Radiología, CD EEG
Informes de Laboratorio ECG Informes Operativos
Informes de Radiología Salud Mental
Otros: _____



PATIENT'S LABEL

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI



Form # 014107 REV 01/25

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

INFORMACIÓN SENSIBLE:

(No se divulgará información sensible a menos que se autorice específicamente a continuación:)

- Resultados de abuso de drogas y alcohol Información sobre pruebas genéticas
- Resultados de prueba de VIH/SIDA

ESPECIFICAR FECHA / PLAZO DE TIEMPO

Especifique la fecha y el plazo de tiempo para la información seleccionada anteriormente

De _____ hasta _____

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

Si no se indica ninguna alguna fecha, esta Autorización se vencerá 12 meses después de la fecha de la firma.

FIRMA(S)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique su parentesco con el

paciente: _____

Firma del testigo (solo si el paciente no puede firmar): _____

Fecha: _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI



Form # 014107 REV 06/25

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

PATIENT'S LABEL

CÓMO COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Para proteger la información médica confidencial de nuestros pacientes, debemos contar con una autorización válida, completa y legible para divulgar su información médica.

Todas las secciones de esta autorización deben completarse en su totalidad antes de que SVMC pueda divulgar su información médica protegida.

AVISO

SVMC y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que está ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

REVOCACIÓN

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y lo envíe a:

SVMC
Health Information Management
465 W Putnam Avenue
Porterville, California 93257

La revocación surtirá efecto cuando SVMC la reciba, salvo en la medida en que SVMC u otros ya hayan confiado en ella.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción en el pago o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para:

- 1) realizar un tratamiento relacionado con la investigación,
- 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud,
- 3) determinar la obligación de una entidad de pagar una reclamación, o
- 4) crear PHI para proporcionarla a un tercero.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

SOLO PARA USO DE OFICINA		
Fecha de llenado de la solicitud: _____	Hora: _____	Por: _____



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

PATIENT'S LABEL