



Ciudad de South San Francisco

Información Médica

Formulario de Autorización

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Por favor incluya una copia de identificación de gobierno del paciente, padre, o tutor

Complete este formulario para solicitar copias de registros médicos, autorizar registros para enviarlos a otra persona o entidad, o uso personal. NO se procesarán formularios incompletos o inválidos.

Su Información

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:

Organización que proporciona la información

Persona/Organización autorizada para recibir la información

Nombre: City of South San Francisco
Domicilio: 400 Grand Avenue
Ciudad/Estado/Código Postal:
South San Francisco, CA 94080
Número de Teléfono: (650) 877-8518

Nombre (Padre o Tutor): _____
Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: (_____) _____
Correo Electrónico: _____

45 CFR § 164.508(c)(1)(ii), (iii) & Civ. Code § 56.11(c), (f)

Descripción de la Información que se Divulgará

(Proveer una descripción detallada de la información específica que se divulgará.)

45 CFR § 164.508(c)(1)(i) & Civ. Code § 56.11(d), (g)

Indique el periodo de registros que solicita. Los registros cubiertos por esta divulgación incluyen solamente los registros creados durante el periodo de Rango de fechas de la divulgación de registros: de _____ (fecha) al _____ (fecha).

Descripción del Propósito y Limitaciones para el Uso o Divulgación de la Información

(Indique cómo se utilizará la información.)

45 CFR § 164.508(c)(1)(iv)

La información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el previsto.

- Esta autorización para la divulgación de la información anterior a las personas o organizaciones mencionadas anteriormente expirará el: _____ (fecha). [45 CFR § 164.508(c)(v) & Civ. Code § 56.11(h)]
- Si no se especifica una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá **tres (3) años** a partir de la fecha de la firma.



Ciudad de South San Francisco

Información Médica

Formulario de Autorización

Entiendo que:

- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud de identificación individual como se describe anteriormente para el propósito mencionado. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. [45 CFR § 164.508(c)(2)(i)]
- Excepto en la medida en que se haya divulgado información basándose en esta autorización, tengo derecho a revocar esta autorización enviando un aviso escrito y firmado revocando esta autorización a City of South San Francisco – City Clerk’s Office en 400 Grand Avenue, South San Francisco, CA 94080. La autorización cesará en la fecha en que se reciba mi solicitud de revocación válida por escrito. [45 CFR § 164.508(c)(2)(i) & Civ. Code § 56.15]
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. [45 CFR § 164.508(c)(2)(ii)]
- Bajo la ley de California, el recipiente de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar la información, excepto con una autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. [Civ. Code § 56.13]
- Si la organización o persona que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. [45 CFR § 164.508(c)(2)(iii)]
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. [45 CFR § 164.508 (c)(4) & Civ. Code § 56.11(i)]
- Bajo la ley de California, el recipiente de los registros relacionados con el tratamiento de psicoterapia para pacientes ambulatorios debe devolver o destruir esos registros y todas las copias en la fecha de vencimiento de esta autorización. [Civ. Code § 56.104(a)(4)]

Firma del cliente:	Fecha:
--------------------	--------

[45 CFR § 164.508(c)(1)(vi) & Civ. Code § 56.11(c)]

Firma del Representante:	Relación:	Fecha:
--------------------------	-----------	--------

[45 CFR § 164.508(c)(1)(vi) & Civ. Code § 56.11(c)]

Firma de Padre/madre o Tutor legal del menor :	Relación:	Fecha:
--	-----------	--------

[45 CFR § 164.508(c)(1)(vi) & Civ. Code § 56.11(c)]