



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Hospitals
Permanente Medical Groups

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE

(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

Nota: Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

Nombre del paciente: _____

N.º de Kaiser _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a la aceptación o el rechazo de esta autorización.

Este documento autoriza a los siguientes centros médicos de Kaiser Permanente: _____

Kaiser Permanente puede revelar esta información a:

Nombre del destinatario: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: () _____

Número de fax: () _____

Correo electrónico: _____

- Para: Realizar una copia de los expedientes médicos como se especifica a continuación
- Llenar formulario(s) (Especifique el tipo de formulario en la sección OBJETIVO a continuación)
- Permitir que los médicos de KP mencionados vean los expedientes

OBJETIVO: La información médica divulgada puede utilizarse solamente para los siguientes objetivos: _____

EN EL CASO DE COPIAS, ESPECIFIQUE QUÉ INFORMACIÓN MÉDICA ES NECESARIO UTILIZAR O DIVULGAR

Expedientes médicos del consultorio desde el _____ hasta el _____

Expedientes médicos del hospital desde el _____ hasta el _____

NOTA: Los expedientes médicos del hospital y el consultorio pueden incluir información relacionada con la salud mental, el consumo de alcohol o drogas y referencias al VIH. No se divulgarán los registros originales de tratamientos de los departamentos de salud mental o de alcohol o drogas, ni los resultados de las pruebas de VIH a menos que se soliciten específicamente a continuación.

SE REQUIERE FIRMA Y FECHA SI SE MARCA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS

Salud mental desde el _____ hasta el _____ Firma: _____ Fecha: _____

Alcohol/drogas desde el _____ hasta el _____ Firma: _____ Fecha: _____

Resultados de la prueba del VIH desde el _____ hasta el _____ Firma: _____ Fecha: _____

Tratamiento o lesión específicos: _____ Departamento: _____ desde el _____ hasta el _____

Radiografías: Imágenes o placas Informes Describa: _____

Resultados de laboratorio desde el _____ hasta el _____

Otros (especificar): _____

Expedientes protegidos de menores (confidencial de adolescentes). Solo se aplica para los pacientes solicitantes de 12 a 17 años.

Preferencia de medio: Papel CD (si está disponible electrónicamente) **Preferencia de entrega:** Correo Acude en persona Fax Correo electrónico

DURACIÓN: Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se indique aquí una fecha diferente _____ (fecha).

REVOCACIÓN: Usted o su representante pueden revocar esta autorización mediante una solicitud por escrito. Si la revoca, no afectará la información que ya se haya divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.

NUEVA DIVULGACIÓN: Una vez que se divulgue esta información médica, es posible que la forma en que el destinatario la divulgue ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad (HIPAA).

Una copia de esta autorización es tan válida como el original. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.

Fecha _____ Firma _____

Si no es el paciente, escriba su nombre y relación en letra de imprenta