

Santa Lucia Medical Group
1336 Natividad Road
Salinas, CA 93906
831.754.4444
Fax: 831. 754. 2763

Autorización para usar o Revelar Información Médica Confidencial

Por esto medio, autorizo el uso y o la revelación de información medica de la siguiente persona:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ N.S.S: _____

Domicilio: _____ No. de Teléfono: _____

La siguiente organización esta autorizada para reveler información confidencial: (DE)

Esta información puede ser revelada y usada por la siguiente organización: (A)

Fechas de tratamiento: _____ Motivo de solicitud: _____

La siguiente información puede ser revelada: (Marque si o no por cada opción.)

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Notas del Doctor |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resultados de Radiografías |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resultados de Imágenes de Resonancia Magnética (MRI) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estudios Cardiacos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resumen Completo del Expediente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resumen Completo de Maternidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

Información Delicada: Entiendo que información en mi expediente puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA, o infección HIV. También puede incluir información de tratamiento de conducta, de servicios de salud mental, o tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

Revelación: Entiendo que cualquier información ya revelada a otro medico o proveedor de servicios, puede ser revelada de nuevo por ellos y que la información así quizá no este protegida por las reglas federales de confidencia.

Derecho de Revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación necesita ser por escrito. También entiendo que mi revocación no afectara la información ya revelada la autorización.

Otros Derechos:

- a) Entiendo que autorizando la revelación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar esta forma para ser atendido (a). Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en estudios de investigación, mi inscripción en los estudios puede ser rechazada.
- b) Entiendo que puedo inspeccionar o obtener una copia de la información.

Vencimiento: Si no es revocada, esta autorización se vence en la fecha siguiente, suceso, o condición: (Si no especifico una fecha de caducidad, suceso, o condición, esta autorización se vence en seis meses.)

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____