



Nombre del paciente:	MR# _____ (Solo para uso de la oficina)
	Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a _____ a divulgar Información Protegida de Salud (PHI) a:
(nombre de la persona/centro que tiene información)

_____ (nombre de la persona/centro que va a RECIBIR la PHI)

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Quiero solicitar una:	<input type="checkbox"/> Copia en PAPEL	<input type="checkbox"/> Enviarlas por correo postal a la dirección de correo indicada
Solicito recibir mis copias:	<input type="checkbox"/> Las recogeré	Teléfono: _____

ESPECIFICAR EL CENTRO MÉDICO AL QUE SE SOLICITA LA PHI

Hospital, 300 Canal Street, King City, CA 93930 (831) 385-7235 Fax (831) 385-0366

King City Clinic, 210 Canal Street, King City, CA 93930 (831) 385-7100 Fax (831) 385-5940

Greenfield Clinic, 467 El Camino Real, Greenfield, CA 93927 (831) 674-0112 Fax (831) 674-4199

Specialty Clinic, 400 Canal Street, Suite B, King City, CA 93930 (831) 386-7401 Fax (831) 386-7402

Women's Center, 400 Canal Street, Suite C, King City, CA 93930 (831) 385-7200 Fax (831) 385-5940

Physical Therapy, 809 Broadway Street, Suite C, King City, CA 93930 (831) 385-6835 Fax (831) 385-6686

Family Medical Center, ponerse en contacto con la Administración de Información Médica al (831)385-7235 Fax (831)385-0366

TIPO DE REGISTROS

Médico

Salud mental (que no sean notas de psicoterapia)

INFORMACIÓN A DIVULGAR

<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registros clínicos de paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/> Informes de radiología y de otros diagnósticos (HIM)
<input type="checkbox"/> Estados de cuenta	<input type="checkbox"/> Informes de medicina de emergencia	<input type="checkbox"/> Radiología y otros diagnósticos por imágenes (radiografías, etc.) (radiología)
<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (ECG)	<input type="checkbox"/> Consultas/Evaluaciones	
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas	
<input type="checkbox"/> Información sobre abuso de alcohol y drogas		
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio		



**Autorización para el uso y divulgación de Información Protegida de Salud (PHI)
(Authorization for Use and Disclosure of (PHI) Protected Health Information)**



Nombre del paciente:	MR# _____ (Solo para uso de la oficina)
	Fecha de nacimiento:

<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH/SIDA
		<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de VIH/SIDA
Especifique la fecha y/o período de tiempo para la información seleccionada anteriormente:		

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES (marque uno o más):

A solicitud del paciente/representante del paciente

Otro (indique el motivo) _____

Iniciales del paciente o del representante legal: _____

AVISO: Mee Memorial Hospital and Clinics y muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes de salud deben mantener la confidencialidad de su PHI, conforme la ley. Si usted ha autorizado la divulgación de su PHI a alguien a quien no se exige legalmente que mantenga la confidencialidad, la misma puede ya no estar protegida por la legislación estatal o federal sobre confidencialidad.

- MIS DERECHOS:**
- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no podrán estar condicionados por la firma de esta autorización, salvo que la autorización sea para: 1) llevar a cabo una investigación relacionada con el tratamiento, 2) para obtener información en relación con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) para determinar la obligación de una entidad para pagar una reclamación o 4) para crear PHI para entregar a un tercero.
 - Podré revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y remita la misma a la Administración de Información Médica, Mee Memorial Hospital and Clinics, 300 Canal Street, King City, CA 93930. La revocación tendrá efecto cuando Mee Memorial Hospital and Clinics la reciba, salvo en el caso en que Mee Memorial Hospital and Clinics u otras entidades ya hayan contado con la misma.
 - Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.



**Autorización para el uso y divulgación de Información Protegida de Salud (PHI)
(Authorization for Use and Disclosure of (PHI) Protected Health Information)**



Nombre del paciente:	MR# _____ (Solo para uso de la oficina)
	Fecha de nacimiento:

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN
 A menos que sea revocada, la autorización vence _____ (ingrese la fecha o el evento que corresponda). Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá **12 meses** después de la firma del presente formulario.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Firma: _____
 (paciente/representante legal)

Si firma una persona que no es el paciente, indique relación: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
 (representante legal)

MEE MEMORIAL HOSPITAL AND CLINICS
 Divulgación de información
 300 Canal Street, King City, CA 93930
 Teléfono: (831) 385-7235/FAX: (831) 385-0366

Office use only

Patient called when ready: _____	Date/Time: _____	Patient/Representative picked up: _____	Date/Time: _____
Name: _____	Title: _____	Signature: _____	



**Autorización para el uso y divulgación de Información Protegida de Salud (PHI)
 (Authorization for Use and Disclosure of (PHI) Protected Health Information)**