



**COAST PLAZA
HOSPITAL**

**AUTORIZACIÓN PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

Información del paciente	Nombre del paciente		Alias/apellido de soltera/otro	
	Dirección		Ciudad/estado/código postal	
	Fecha de nacimiento	Tel.	Dirección de correo electrónico	
	/ /			
Información a divulgarse desde:	Nombre del centro	Dirección	N.º de teléfono	N.º de fax
	Plaza Hospital Costa	13100 Studebaker carretera Norwalk, CA 90650	562-868-3751	(213) 537-0963
Información a divulgarse a:	Nombre del hospital/clínica/médico/persona			
	Dirección		Ciudad/estado/código postal	
	Teléfono		Fax (atención urgente para el paciente)	
Con qué finalidad:	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otra opción (especificar): _____		<input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad	
Información a divulgarse:	Fechas del servicio: Desde _____ Hasta _____			
	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico <input type="checkbox"/> Informe de consultas <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Departamento de emergencias <input type="checkbox"/> Informe de ECG <input type="checkbox"/> Orden del médico <input type="checkbox"/> Informe de medicamentos <input type="checkbox"/> Registros para continuación de la atención <input type="checkbox"/> Otra opción _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Informe de radiología <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio/resultado <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico <input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental <input type="checkbox"/> Registros para uso personal <input type="checkbox"/> Otra opción _____		
<p>Las leyes estatales/federales exigen una autorización específica para divulgar los siguientes tipos de información médica protegida:</p> <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico/salud mental <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH/SIDA Coloque su inicial en la línea al lado de la información que autoriza divulgar				

**AUTORIZACIÓN PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

Autorización	<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que completar y firmar esta autorización es un acto voluntario. • Entiendo que una fotocopia se considerará igual de válida que el original. • Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no estarán condicionados por firmarla. • Entiendo que puedo revocarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya actuado conforme a ella. • Entiendo que puede revocarse por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya actuado en función de ella. • Para revocarla, debo hacerlo por escrito y debe enviarse al centro al que autoricé que se divulgara mi información. • A menos que sea revocada, esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de la firma en este formulario. • Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la autorización. • Entiendo que se exige una autorización diferente y específica para autorizar la divulgación o el uso de las notas de psicoterapia, en virtud de las reglamentaciones federales que implementan la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos.
---------------------	--

Entiendo que puede cobrarse una tarifa por esta solicitud.

<input type="checkbox"/> Registros impresos entregados por <input type="checkbox"/> Recogidos en el centro <input type="checkbox"/> Registros en formato electrónico <input type="checkbox"/> Deseo que mis registros estén encriptados <input type="checkbox"/> No deseo que mis registros estén encriptados	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax Fecha: _____ <input type="checkbox"/> DC
---	---

Firma del paciente o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora _____ a. m. o p. m.
Relación (si quien firma no es el paciente)	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora _____ a. m. o p. m.



ETIQUETA DEL PACIENTE
 Personal de la clínica y del hospital:
 Adherir una etiqueta de paciente
 aquí si proporciona los registros.