

**AUTORIZACIÓN PARA
PROPORCIONAR INFORMACIÓN
MÉDICA AL DISTRITO DE
ATENCIÓN MÉDICA DEL
SUR DE MONO**



Post Office Box 660 - 85 Sierra Park Road - Mammoth Lakes, CA 93546 - 760-934-3311 - Fax 760-924-4029 - www.mammothhospital.com

**AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA
AL DISTRITO DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SUR DE MONO**

Yo, a través de la presente autorizo al Distrito de Atención Médica del Sur de Mono para proporcionar la siguiente información médica del expediente médico de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (CP)

Teléfono:() _____ Celular:() _____ Fax: _____

Cubriendo el período de atención médica desde: _____ hasta _____

Información que va a proporcionarse (marque las casillas correspondientes):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo | <input type="checkbox"/> Ordenes Médicas | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Sumario de Egreso | <input type="checkbox"/> Evolución Clínica | <input type="checkbox"/> informes Radiológicos |
| <input type="checkbox"/> Historia Clínica y Exploración Física | <input type="checkbox"/> informes de Consultas | <input type="checkbox"/> Informes Patológicos |
| <input type="checkbox"/> Informes Operatorios | <input type="checkbox"/> Informe(s) Clínico(s) | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) | <input type="checkbox"/> Discos Compaticos de Imagenología (\$16.00) | |

Entiendo que ésto incluirá información relacionada con (marque las casillas correspondientes):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para la Salud Mental | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso del alcohol |
| <input type="checkbox"/> Infección de SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de las drogas |

Esta información se proporcionará a:

_____ (Nombre del Individuo u Organización que RECIBIRÁ esta Información)	_____ Teléfono
_____ (Domicilio)	_____ (Ciudad) (Estado) (CP)

- Entiendo que esta información se utilizará para: _____
- Entiendo que esta autorización expira automáticamente un (1) año después de la fecha en que firmé este formulario, y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento como se explica en la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de Mammoth Hospital, excepto en la medida en que la acción ya se haya efectuado en base a esta autorización.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que autorizar la utilización Y Proporcionar la información anteriormente indicada es mi voluntad. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento médico.

Firma del Paciente o del Representante Legal

Fecha

Nombre del Solicitante

Si no es el paciente, indique

Si usted ha autorizado el proporcionar su información medica a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, pudiera dejar de estar protegida al se re-proporcionada. Las leyes de California prohíben a los recipientes el re-proporcionar su información médica, excepto con su autorización por escrito o según específicamente se requiera o permita por ley.