



RI0050
 Autorización Para Proporcionar Información Médica del Distrito del Sur de Mono de Asistencia Médica

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

(Para ser válido, este formulario debe llenarse completamente)

Yo, a través de la presente autorizo a **Mammoth Hospital** 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"/> Sala de Emergencia | <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"/> Otro (por favor especifique) _____ | |
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Imagenología Médica | <input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo (las primeras 25 paginas son gratis y .15 centavos por cada página adicional, más el envío si es aplicable) |
| <input type="checkbox"/> Memoria USB (Costo \$16.00) | <input type="checkbox"/> Historial Médico Completo enviado por correo electrónico cifrado seguro (Se requiere envío por correo electrónico) (sin cargo) |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico o aplicacion móvil (correo electronico requerido) (gratis) | |

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 use del alcohol |
| <input type="checkbox"/> Infección de SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el use de las drogas |
| <input type="checkbox"/> Estudios de sickle cell anemia | <input type="checkbox"/> Estudios genéticos |

Esta información se proporcionará a: (Nombre del Individuo u Organización que RECIBIRÁ esta Información)

 (Domicilio) (Ciudad) (Estado) (CP)
 Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

- 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 su relación

Si usted ha autorizado el proporcionar su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, pudiera dejar de estar protegida al ser 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.

PHIDisclosureAuthFromSMHDSp,6/22, #654