CONDADO DE RIVERSIDE - AGENCIA DE SALUD EN LA COMUNIDAD
AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO

APELLIDO DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO	CIUDAD	ZONA POSTAL	TELEFONO
NOMBRE DE LA CLÍNICA			FECHA APROXIMADA EN QUE RECIBIO TRATAMIENTO

Yo, el que firma abajo, autorizo a: (Nombre del doctor/Organización que tiene los expedientes)

NOMBRE

DOMICILIO

CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

a permitir a: (Organización que recibirá la información médica)

NOMBRE DE LA ORGANIZACION/HOSPITAL

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO VA A RECIBIR

DOMICILIO

CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

Acceso a mis expedientes médicos con el propósito de: _____

La siguiente información médica puede darse a conocer:

_____ Reportes de Laboratorio
_____ Reportes de Radiografías
_____ Electrocardiograma
_____ VIH, SIDA, Uso de Drogas, Alcohol , y/o antecedentes psicosociales
_____ Notas médicas
_____ Todos los expedientes médicos
_____ Cualquier otra información

Restricciones:
Entiendo que esta autorización es voluntaria. Si yo no firmo esta autorización el tratamiento, pago o elegibilidad de mis beneficios no serán afectados. Yo entiendo que el médico o proveedor de cuidados de salud que esta proporcionando mi información médica y la información médica que por ley debe ser restringida (Protected Health Information o PHI en Ingles) y que se nombra en este documento no será responsable por ningún maluso que la persona designada en este documento le pudiera dar.
Entiendo que la persona designada en este documento que reciba mi información medica no podrá proporcionársela a nadie mas sin mi previa autorización a menos de que sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Copias Adicionales:
Entiendo también que tengo el derecho de recibir una copia de está autorización.
Copia pedida y recibida [ ] Sí [ ] No Escriba sus iniciales aquí _____

A menos de que de esta autorización sea revocada por escrito, está autorización vence en 3 meses. Si lo desea , usted puede revocar está autorización antes de los tres meses enviando su petición por escrito a la oficina de expedientes.

Firma del Paciente, Padre , Tutor o representante legal del Paciente (encierre en un circulo el apropiado por favor)

Firma del testigo Fecha