



NORTHERN INYO HOSPITAL

Northern Inyo County Local Hospital District

150 Pioneer Lane · Bishop, California 93514 · Voz (760) 873-5811 · Fax (760) 872-2768
Archivo Clínico-Voz (760) 873-2152 · Oficina Administrativa-Voz (760) 873-2190 · Fax (760) 873-6734

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Esta autorización puede quedar anulada si no se proporciona toda la información solicitada.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Expediente Médico: _____ Número de Seguro Social: _____

Yo, por la presente autorizo a _____ para proporcionar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Fax: _____

correo fax será recogida por: _____ otro, especifique _____

la siguiente información:

Toda la información médica relacionada con mi historia médica, mental o condición física y tratamiento - O

Solamente los siguientes registros o tipos de información médica (incluya las fechas):

Especialmente autorizo proporcionar la siguiente información (marque su selección):

Información de tratamiento de salud mental Resultados de análisis de VIH

Información de tratamiento para el consumo de alcohol/drogas

Es necesaria una autorización por separado para autorizar el uso y divulgación de notas de psicoterapia.

Propósito del uso o divulgación solicitada: solicitud del paciente; tratamiento; otro (especifique):

Esta autorización expira 30 días después de la fecha en que se firmo o: _____

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica por la cual se me esta pidiendo consentimiento para su uso y divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y a la siguiente dirección: Northern Inyo Hospital, 150 Pioneer Lane, Bishop, CA 93514. Mi revocación entrará en efecto al ser recibida, excepto hasta donde terceras personas hayan actuado de acuerdo con esta autorización, si así fue solicitado.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. (copia entregada por/fecha: _____). La información divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser re-divulgada por quienes la reciban. Esta divulgación en algunos casos no está protegida por las leyes de California y puede quedar fuera de la protección de la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

Firma (paciente / representante)

Fecha

Si el firmante no es el paciente, mencione su relación legal con el(la) paciente:

Domicilio: _____

Teléfono: _____ **Escriba su nombre:** _____

Testigo (Witness)

PUEDO HABER UN CARGO POR LAS COPIAS DE SU EXPEDIENTE, RAYOS-X, O LAS IMÁGENES DE ESTUDIOS PATOLÓGICOS

PARA USO DEL HOSPITAL (FOR HOSPITAL USE ONLY)

Medical Record # _____

| | | |
|--|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> Request completed | By: | Date: |
| <input type="checkbox"/> Request denied | By: | Date: |
| Describe records denied: | | |
| UNREVIEWABLE GROUNDS FOR DENIAL: | | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapy <input type="checkbox"/> CLIA <input type="checkbox"/> Civil, criminal, administrative proceeding <input type="checkbox"/> Correctional institution exception <input type="checkbox"/> Research exception <input type="checkbox"/> Confidentiality of source exception | | |
| REVIEWABLE GROUNDS FOR DENIAL: | | |
| <input type="checkbox"/> Access requested is reasonably likely to endanger life or physical safety of the patient or another person | | |
| <input type="checkbox"/> Access requested is reasonably likely to cause substantial harm to another person referenced in the requested information | | |
| <input type="checkbox"/> Provision of access to representative is reasonably likely to cause substantial harm to the patient or another person | | |
| <input type="checkbox"/> Denial sent | By: | Date: |

Notes:

| | | |
|---|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Appeal received | By: | Date: |
| <input type="checkbox"/> Appeal request reviewed | By: | Date: |
| Appeal: <input type="checkbox"/> Approved | Reviewed by: | Date: |
| <input type="checkbox"/> Request completed | By: | Date: |
| | | |
| Appeal: <input type="checkbox"/> Denied | Reviewed by: | Date: |
| Describe records denied: | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Access requested is reasonably likely to endanger life or physical safety of the patient or another person <input type="checkbox"/> Access requested is reasonably likely to cause substantial harm to another person referenced in the requested information <input type="checkbox"/> Provision of access to representative is reasonably likely to cause substantial harm to the patient or another person | | |
| <input type="checkbox"/> Appeal denial sent | By: | Date: |

Notes: