



AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información del cliente

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Método de comunicación/divulgación (Marque todas las opciones que apliquen)

- Verbal Correo postal Correo electrónico Fax
 Otro: _____

Propósito del Uso o la Divulgación Solicitados

- Solicitud del Cliente/Padre (o Representante Legal)
 Otro: _____

Autorización – Autorizo por medio de la presente usar/divulgar la información a:

Children's Health Council

A la atención de: Departamento de Historias Clínicas

650 Clark Way

Palo Alto, CA 94304

Teléfono: (650) 688-3614 FAX: (650) 688-3636 Correo electrónico: medicalrecords@chconline.org

- Para enviar a** **Para recibir de** **Tanto para enviar como para recibir**

(Nombre de la persona, organización, prestador de servicios médicos, institución educativa u otro)

Domicilio Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax Correo electrónico

Divulgación de Información

- Todos los registros (historias clínicas o registros de salud mental)
 Otros/Registros específicos (indique los tipos de registros/información y los rangos de fechas):

Vencimiento

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta la siguiente fecha: _____ . Si no se proporciona una fecha de vencimiento, esta autorización permanecerá en vigencia durante (5) años a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque antes por escrito. Todas las autorizaciones firmadas por un padre o representante legal caducarán una vez que el cliente cumpla con la edad legal o los requisitos para firmar sus propias autorizaciones.

Mis Derechos

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamientos o pagos.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe presentarse por escrito, debe estar firmada por mí o en mi nombre, y debe entregarse/enviarse por correo electrónico a:
Children's Health Council - 650 Clark Way Palo Alto, CA 94304
O a medicalrecords@chconline.org
- Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no tendrá ningún impacto en los usos o las divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo revisar y obtener una copia de la información médica para la cual estoy autorizando el uso o la divulgación, sujeto a las leyes estatales/federales aplicables.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha divulgación, en algunos casos, puede no estar protegida por las leyes estatales y federales. Tenga en cuenta que si desea imponer restricciones al uso de la información médica por parte del destinatario, debe contactar al destinatario directamente.

Firma (Todos los campos a continuación según lo exija la ley): Firme a continuación únicamente para validar la autorización anterior. No es válido sin una fecha de firma.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____
(Cliente o Padre/Representante Legal)

Si firma otro que no sea el cliente, escriba el nombre en letra de imprenta y el vínculo:

Nombre: _____ Vínculo: _____