



Correo electrónico: HIM@daphealth.org • Teléfono: 760-656-8409 • Fax: \_\_\_\_\_

## Autorización para la divulgación de información médica

*Esta autorización no es válida si no se llena en su totalidad*

Información del paciente	Nombre legal del paciente:
	Fecha de nacimiento:
	Teléfono:
	Dirección:
	Ciudad/Estado/Código postal:

Divulgar o solicitar registros	Autorizo a DAP Health a:	Propósito	Para lo siguiente: (Seleccione uno)
	Divulgar registros a:		
	Solicitar registros a:		Atención continua
	Persona/entidad:		Seguro
	Dirección:		Legal
Ciudad/Estado/Código postal:	Personal		
Teléfono/Fax/Correo electrónico:	Otro:		

Información que se va a divulgar	Especifique la fecha para la información seleccionada a continuación: De: _____ A: _____
	Visitas al consultorio/notas sobre el progreso
	Registros de obstetra
	Notas sobre el progreso psiquiátrico (se requiere autorización por separado para los registros de psicoterapia y trastornos por abuso de sustancias)
	Laboratorios
	Lista de medicamentos
	Informes de diagnóstico por imágenes
	Inmunización
	Otros (favor de especificar):

Preferencias de entrega	Recolección física (los registros que superen las 100 páginas se grabarán en un disco compacto)
	Fax
	Correo electrónico encriptado (entendiendo que el correo electrónico que no está encriptado NO es confidencial, puede ser interceptado y leído por otros)
	Correo postal

Información restringida	<p>Entiendo que la información que se divulga o comunica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), abuso de sustancias o salud mental. Autorizo la divulgación o comunicación de este tipo de información, <b>EXCEPTO:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p><b>Nota: Se requiere una autorización por separado para las notas sobre el progreso de la psicoterapia.</b></p>
-------------------------	---

Derechos y reconocimientos	<p>Al haber firmado este formulario, comprendo que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La información médica que se usa y divulga en esta autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.</li> <li>2. Tengo derecho a revocar esta autorización para divulgar registros en cualquier momento por escrito a DAP Health, con la excepción y en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización (enviar a DAP Health, 1695 North Sunrise Way, Palm Springs, Ca 92262). En el Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentran más detalles.</li> <li>3. Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria, el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.</li> <li>4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</li> </ol>
----------------------------	--

Vencimiento	<p>A menos que se revoque lo contrario, la Autorización vence _____ (insertar fecha o evento). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha de su firma (<i>EXCEPCION: MyChart Proxy sigue siendo válido hasta que el menor cumpla 18 años o será revocado</i>).</p>
-------------	---

Firma	<p>Firma:</p> <p>Relación del representante:</p> <p><small>NOTA: Si es el representante legal, en cualquier calidad, adjunte los documentos si aún no están archivados en DAP Health.</small></p>	<p>Fecha:</p>
-------	---	---------------

Solo para uso del personal	<p>He sido testigo de la firma de esta autorización.</p> <p>Nombre de empleado:</p> <p>Firma del empleado:</p> <p style="text-align: right;">Fecha:</p>
----------------------------	---