



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:
	☐ Divulgar registros a: ☐ Solicitar registros a:			(Seleccione una opción)
	Persona/entidad:			☐ Atención continua
	Dirección:			☐ Seguro
	Ciudad/Estado/Código postal:			☐ Asuntos legales
	Teléfono/Fax/Correo electrónico:			☐ Asuntos personales
		☐ Otro:		

Información que se va a divulgar	Especifique la fecha correspondiente a la información seleccionada a continuación	
	Desde:	Hasta:
	☐ Visitas al consultorio y notas sobre el progreso	
	☐ Registros de obstetricia y ginecología	
	☐ Salud conductual: registros de terapia	
	☐ Salud conductual: registros psiquiátricos	
	☐ Salud conductual: todos los registros de salud conductual	
	☐ Análisis de laboratorio	
	☐ Lista de medicamentos	
	☐ Informes de diagnóstico por imágenes	
☐ Inmunización		
☐ Otros (favor de especificar):		

Entrega	☐ Recogida
	☐ Envío por fax
	☐ Envío por correo postal
	☐ Correo electrónico encriptado (entendiendo que el correo electrónico que no está encriptado NO es confidencial, puede ser interceptado y leído por otros)

Información restringida	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, EXCEPTO:
--------------------------------	--

Derechos y reconocimientos	Al haber firmado este formulario, entiendo que: 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. 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. 3. La presente autorización para la divulgación de información médica es de carácter voluntario. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización. 4. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
-----------------------------------	--

Vencimiento	A menos que se revoque antes, la autorización vence: _____ (indicar fecha o evento). Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de la firma.
--------------------	--

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

Solo para uso del personal	He sido testigo de la firma de esta autorización. Nombre del empleado: Firma del empleado: Fecha:
-----------------------------------	---