



# Autorización Para Uso y Divulgación de Información de Salud

**Dirección Física:**  
3800 Janes Rd  
Arcata, CA 95521-4742  
**Dirección de envío:**  
PO Box 1115  
Arcata, CA 95518-1115  
**Phone:** (707) 822-3621  
**Fax:** (707) 822-2366  
[www.MadRiverHospital.com](http://www.MadRiverHospital.com)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

FDN: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de Servicio: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo a Mad River Community Hospital (o: \_\_\_\_\_ )

Y sus sitios afiliados para liberar a/o:

\_\_\_\_\_  
*(nombre y dirección del destinatario)*

La siguiente información de salud mantenida por Mad River Community Hospital:

- A) Informes dictados; Resumen de alta; Historia y Física; Informe Operativo; Informe de consulta; Pruebas de laboratorio; Informe de Radiología; Informe de Patología; Informes de la sala de emergencia;
- B) Solo el siguiente tipo(s) de información:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta     | <input type="checkbox"/> Registros Clínicos          |   |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso   | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Emergencia    | <input type="checkbox"/> Informe de Patología(s)              |
| <input type="checkbox"/> Historia y Física   | <input type="checkbox"/> Prueba(s) de Laboratorio    | <input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo           |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo   | <input type="checkbox"/> Informe(s) de Radiología    | <input type="checkbox"/> Disco(s) de Radiología               |
| <input type="checkbox"/> Informe de Consulta | <input type="checkbox"/> VIH _____<br><i>inicial</i> | <input type="checkbox"/> Salud Mental _____<br><i>inicial</i> |
- Otro(s) Registros: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:** Solicitado por el paciente si no se marca ninguna otra casilla, de lo contrario:

Transferencia de cuidado  Continuidad de cuidado  Razón \_\_\_\_\_

## VENCIMIENTO

Esta autorización será efectivo inmediatamente y permanecerá en efecto hasta: \_\_\_\_\_

*Si no se da fecha, la autorización tendrá una validez de un año a partir de la fecha de la firma.*

## FIRMA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA (el paciente/Representante) Fecha de la firma Hora

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, imprimir nombre y relación.

**(ver el otro lado para derechos y restricciones)** ➡

## RESTRICCIONES

La información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (LRPSS). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica la divulgue más a menos que obtenga otra autorización de mí para tal divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. La protección no se extiende a destinatarios fuera del estado de California.

## TUS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a esta dirección:  
**Mad River Community Hospital, PO Box 1115, Arcata, CA 95518-1115**
- Mi revocación entrará en vigencia una vez que la reciba, pero no tendrá impacto en los usos o divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización (se requiere si la autorización se solicita para el uso o divulgación de información médica por parte del proveedor).
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para el uso o divulgación.
- Bajo LRPSS el individuo debe recibir una copia de la autorización cuando ha sido solicitada por una entidad cubierta para sus propios usos y divulgaciones (ver 45C>F>R> Sección 164.508(d)(l),(e)(2) ).
- El solicitante debe completar esta sección del formulario.

### Cuando se completa este formulario:

- a) entregar a Mad River Community Hospital **junto con una copia válida de su identificación con foto** de 8:30 AM to 4 PM Monday-Friday or,
- b) por fax **junto con una copia válida de su identificación con foto** a (707) 822-2366 o,
- c) correo **junto con una copia válida de su identificación con foto** a la siguiente dirección:

Mad River Community Hospital  
Attn: Medical Records  
PO Box 1115  
Arcata, CA 95518-1115

- d) correo electrónico: una copia escaneada **junto con una copia válida escaneada de su identificación con foto** a la siguiente dirección de correo electrónico:  
**medicalrecords@madriverhospital.com**