

- Long Beach Memorial Medical Center
- Miller Children's Hospital Long Beach
- Community Hospital Long Beach
- Orange Coast Memorial Medical Center
- Saddleback Memorial Medical Center

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA PROTEGIDA

1. Por medio de la siguiente, yo autorizo al MemorialCare y/o su(s) entidad(es) el uso o divulgación de mi información clínica como se especifica a continuación:

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio (Calle, Ciudad/Estado, Código postal):** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Seguro social (últimos 4 dígitos):** \_\_\_\_\_

**Fecha(s) de atención:** \_\_\_\_\_

Historia clínica completa  Historia clínica pertinente (informes dictados/ resultados de exámenes)

[ los expedientes indicados a continuación:]

Historia & físico  Informes de consulta  Notas del progreso  Resumen de egreso

Informes de laboratorio/patología  ECGs  Cintas/resultados de Ecocardiogramas

Informes de radiología  Películas de radiología

Registros de facturación  Fotografías, cintas videográficas, o imágenes digitales o de otro tipo

Perfil de salud personal (Favor de incluir nombre del empleador) \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

## 2. \*Autorización específica para divulgar registros de materia delicada\*

Entiendo que este consentimiento es para incluir información relacionada a:

VIH/SIDA  Registros psiquiátricos

Registros de abuso de drogas y/o licor  Información acerca de enfermedades transmitidas sexualmente

Paciente/Representante del paciente: \_\_\_\_\_

Relación de parentesco (si no fuera el paciente) \_\_\_\_\_

3. Propósito del uso o divulgación solicitada (se usará la información para):

Uso de parte del paciente/representante  Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

4. Favor de emitir los registros en:  Disco compacto  Papel

5. Solicito que los registros arriba indicados se entreguen de la siguiente manera:

Envío por correo al domicilio arriba mencionado  Yo lo recogeré

Número de fax/Destinatario: \_\_\_\_\_

Un representante lo recogerá en mi lugar (nombre del representante) \_\_\_\_\_

Enviar información por correo a:  Clínica  Consultorio médico  Hospital  Abogado  Otro

Nombre/Domicilio/Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. A menos que ésta se revoque, o se brinde una fecha de caducidad alternativa aquí, \_\_\_\_\_ esta autorización es válida por noventa (90) días. Iniciales: \_\_\_\_\_

7. Derechos del individuo:

- a. Yo puedo negarme a firmar esta Autorización;
- b. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser hecha por escrito, firmada por mí o en mi representación y entregada al departamento de registros médicos de la entidad de MemorialCare aplicable identificada a continuación:

<b>Long Beach Memorial Medical Center / Miller Children's Hospital Long Beach</b> 2801 Atlantic Avenue, Long Beach, CA 90806 (562) 933-2000
<b>Community Hospital Long Beach</b> 1720 Termino Avenue, Long Beach, CA 90804 (562) 498-1000
<b>Orange Coast Memorial Medical Center</b> 9920 Talbert Avenue, Fountain Valley, CA 92708 (714) 378-7000
<b>Saddleback Memorial Medical Center – Laguna Hills Campus</b> 24451 Health Center Drive, Laguna Hills, CA 92653 (949) 837-4500
<b>Saddleback Memorial Medical Center – San Clemente Campus</b> 654 Camino de Los Mares, San Clemente, CA 92673 (949) 496-1122

- c. Mi revocación se hará efectiva al ser recibida, pero no será efectiva en la extensión que el Solicitante u otros hayan actuado siguiendo lo indicado en esta Autorización;
- d. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- e. Podría inspeccionar u obtener una copia de la información clínica que se me pide emplear o divulgar;
- f. Ningún tratamiento, pago, afiliación u oportunidad para recibir beneficios será condicionado a mi firma de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
(Relación de parentesco si firmara alguien que no fuera el paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (Favor de hacerlo en letra de imprenta)

*(Si usted ha autorizado la divulgación de su información clínica a alguien que no está bajo obligación legal requerido a mantenerla confidencial, ésta podría divulgarse nuevamente y no estar más bajo protección. La ley de California prohíbe que los destinatarios de su información clínica divulguen nuevamente dicha información excepto bajo autorización suya por escrito o como se solicite específicamente o sea permitido por la ley.)*