



Clinicas de Salud del Pueblo, Inc.

AUTORIZACION PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACION MEDICA



Esta autorización puede perder su validez si no proporciona la información completa

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Por medio del presente autorizo divulgar, el uso, o solicitud al siguiente:

Persona(s)/Organización autorizado de r informac i n m dica:			Persona(s)/Organización autorizado recibir informac i n m dica:		
Domicilio-Calle:	Ciudad:	Estado:	Domicilio-Calle	Ciudad	Estado:
Teléfono:	Fax:		Teléfono:	Fax:	

La autorizaci n es para lo sig iente (marque un ímas de las opciones :

<input type="checkbox"/> Información médica	<input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento mental (iniciales de paciente o representante legal requerido)
<input type="checkbox"/> Información dental	<input type="checkbox"/> Radiografía/Imágen radiológica
<input type="checkbox"/> Otra razón:	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH (iniciales de paciente o representante legal requerido)

Esta autorización es válida por el siguiente periodo : _____ hasta _____

Esta autorización se vence (sin fecha se vence en un año del día de hoy): _____

Mi información sera utlizada para (marque una opción): Solicitud de paciente o Otra razón: _____

Si esta cajita esta marcada, el solicitante recibirá compensación por el uso de mi información médica

TUS DERECHOS

Tiene opción de recibir la información en el formáto de su preferencia: Papel, Electronico, otro modo: _____.

El solicitante de mi información no puede poner condiciones de recibir tratamiento médico a menos que:

- ~~AAA~~ La autorización sea para una investigación relacionada al tratamiento
- ~~AAA~~ proposito de la autorización es para permitir la creación de información específicamente para preparar y otorgar la información mas adelante a terceras personas.

Puedo negarme a firmar esta autorización y puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo. La negación sera escrita, con mi firma o de mi representante legal, y entregado al domicilio: 651 Wake Ave., El Centro, CA 92243. La negación será eficaz al ser recibida pero no sera retroactiva en la médda en que el solicitante y otros hayan actuado en base a esta autorización. Tengo derecho a recibir copia de esta autorización.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(Paciente/representante legal, pareja legal, persona responsable de pagar cuenta)

Si no lo firma el paciente, indique la relación al paciente: _____ Nombre en letra imprenta _____

Testigo: _____ Fecha: _____
First Name Last Name

If you have authorized the disclosure of your health information to someone not legally required to keep it confidential, it may be redisclosed and may not be protected. California law prohibits the requestor from making further disclosure of your health information unless the Requestor obtains another authorization from you or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.