

Esta autorización para el uso o la divulgación de información médica que se solicita de ustedes para cumplir con la términos de la confidencialidad de la información médica Ley de 1981 Código civil, sección 56 y ss.

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a Sonoma Valley Hospital Otro -Especificar _____
para liberar mi información médica, como se describe a continuación, a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN QUE SE HA LIBERADO

Información del paciente: Nombre del paciente _____

Fecha de Ingreso/Servicio _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor, marque la caja correspondiente a continuación o describir su petición dentro de "Otros".

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Resultados de Rayos X | <input type="checkbox"/> Películas de Rayos X |
| <input type="checkbox"/> Informes operativos / patología | <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia | |
| <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes del ECG | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

(Iniciales) _____ Psiquiátrico - Doy mi consentimiento a la liberación de diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento de la información protegido por la Asistencia Pública de California y el Código Instituciones Código Sección 500 y ss.

(Iniciales) _____ VIH - Doy mi consentimiento para la publicación de los resultados de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana prueba de anticuerpos y cualquier otra prueba del VIH, diagnosis, y la información sobre el tratamiento protegidos por el Código de Salud y Seguridad, sección 199.21

PROPÓSITO DE ESTE DIVULGACIÓN

(marque una o mas)

- Inspección de registro Copia Personal Seguro Otro: _____

VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

A menos que sea revocada, esta autorización vence el: _____ (si no hay una fecha indicada, esta autorización expirará 12 meses después de la fecha de la firma de este formulario)

DERECHOS ADICIONALES (Vea el reverso para más información)

Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

Copia solicitó y recibió: Si No _____ **(Iniciales)**

AUTORIZA LA FIRMA

Firma del Paciente, Padre, o de un Representante legal

Fecha de la firma

Si firma otra persona el paciente, indique relación aquí

Testigo

Authorization for Release of Protected Health Information (Spanish)

Sonoma Valley Hospital
Sonoma, CA 95476



Autorización - Sonoma Valley Hospital

Restricciones

La ley de California prohíbe el formulario de beneficiario hacer otra revelación de su información de salud a menos que el beneficiario obtenga otra autorización de usted o de menos que la revelación es requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios de fuera del estado de California.

Sus 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 se entregan a la siguiente dirección:

Sonoma Valley Hospital
HIM Department
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

- Mi revocación será efectiva desde la recepción, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o divulgaciones hechas mientras mi autorización era válida.
- Me puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para su uso o de la divulgación.

La ley de California permite cobrar una tarifa por los registros. El cargo de copia es de veinte y cinco centavos (\$ 0.25) de una página si se copia del registro original. Pago adelantado es necesario para recibir todos los registros. No hay ningún cargo si los registros se envían directamente a su médico a otro establecimiento de salud.

SVH y otras organizaciones y individuos como los médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantener la confidencialidad, que ya no pueden ser protegidas por las leyes estatales o federales.

**Authorization for Release of Protected Health
Information (Spanish)**
Sonoma Valley Hospital
Sonoma, CA 95476

