



**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y COMPARTIR
INFORMACIÓN DE SALUD INTEGRAL
(Authorization to Release or Disclose Integrated
Health Information:Spanish)**

MRN: _____
Office Use Only

Información del Paciente (Patient Information)

Nombre del Paciente (Patient Name): _____
Fecha de Nacimiento (DOB): (MM/DD/YYYY) _____
Dirección (Address): _____
Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip Code): _____
Número de Teléfono (Tel. No.): _____
Correo Electrónico (Email Address): _____
¿Está usted registrado en el Portal del Paciente de Elica? (Circule): SI / NO
(Are you registered for the Patient Portal)

Destinatario de la Información Médica (Recipient of Health Information)

Por la presente autorizo a **Elica Health Centers, su personal y proveedores a:**
(I hereby authorize Elica Health Centers, its staff and providers, to)

- ☐ **Compartir con:** (Disclose to)
☐ **Solicito a:** (Request from)

Persona / Organización (Person/Organization): _____
Dirección (Address): _____
Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ Código Postal (Zip Code): _____
Número de Teléfono (Tel. No.): _____ Número de Fax (Fax Number): _____
Correo Electrónico (Email Address): _____
Método de Envío: ☐ **Correo** ☐ **Fax** ☐ **Adquirir en Persona** ☐ **Correo Electrónico Seguro**
(Delivery Method) (Mail) (Fax) (Pick Up) (Secure Email)

Propósito de Revelación de Salud Médica (Purpose of Disclosure)

El propósito de revelar mi información médica es:
(The purpose of the disclosure of my health information is)

☐ Coordinación de Cuidado (Care Coordination) ☐ Legal/Investigación Médica (Legal/Medical Investigation)

☐ Cobros/Actividades de Pagos (Billing/Payment Activities) ☐ Uso Personal (Personal Use)

☐ Otro (Especifique)(Other): _____

Informacion a Revelar (Information to be Disclosed)

Autorizo la revelación de la siguiente información:
(I authorize the following information to be disclosed)

- ☐ Todos los datos y registros de mi salud, incluyendo mis registros médicos, resultados de laboratorio, resultados de radiología, diagnósticos, notas de consulta, registros dentales, tratamientos y prescripciones médicas.
(All of my health information and records, including, my medical records, lab results, radiology results, diagnoses, consult notes, dental records, treatment, and prescriptions.)

Rango de Fechas (Date Range): _____

O

- ☐ Solamente la siguiente information (*Especifique*) (Only the following information (Specify)): _____

Information a Revelar (Information to be Disclosed)

Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud especialmente protegida (**42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800**) [marque y ponga sus iniciales en todo lo que corresponda]:

I authorize the disclosure of the following specially protected health information (42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800) [check and initial all that apply]

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☐ Tratamiento de Salud de Conducta (sin incluir notas de psicoterapia)
(Behavioral Health Treatment (not including psychotherapy notes)) | Iniciales: _____
(Initials) |
| ☐ Resultados de VIH / SIDA
(HIV/AIDS Test Results) | Iniciales: _____
(Initials) |
| ☐ Resultados de Pruebas Genéticas
(Genetic Testing Results) | Iniciales: _____
(Initials) |
| ☐ Enfermedades de Transmisión Sexual u Otras Enfermedades Transmisibles
(Sexually Transmitted or Other Communicable Diseases) | Iniciales: _____
(Initials) |
| ☐ Registros de Tratamiento por Alcoholismo / Drogas
(Alcohol/Drug Treatment Records) | Iniciales: _____
(Initials) |
| ☐ Registros de Facturación
(Billing Records) | Iniciales: _____
(Initials) |

Vencimiento Y Revocación (Expiration and Revocation)

Esta autorización vencerá ____ / ____ / ____ (Si no se indica una fecha, esta autorización es válida (1) año a partir de la fecha de la firma a continuación.

(This Authorization will expire (If no date noted, this Authorization is valid one (1) year from the date of my signature below.))

Puedo negarme a firmar esta autorización, lo que no afectará mi tratamiento ni el pago de la atención médica.

(I may refuse to sign this authorization, which will not affect my treatment or payment for healthcare.)

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue la información que he solicitado proporcionando un aviso por escrito de revocación como se especifica en el Aviso de prácticas de privacidad.

(I may revoke this authorization at any time before the information I have requested is released by providing written notice of revocation as specified in the Notice of Privacy Practices.)

Firma (Signature)

Entiendo que: (I understand that)

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o divulgación de información médica protegida como se indica arriba.
(By signing this form, I am authorizing the use or disclosure of protected health information as indicated above)
- Entiendo que mi información médica integrada es confidencial y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que otra persona lo autorice o lo exija la ley.
(I understand that my integrated health information is confidential and cannot be disclosed without my written consent unless other authorized or required by law.)
- Si la parte receptora no está sujeta a las leyes de privacidad de registros médicos, el destinatario puede volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Elica Health Centers no se hace responsable de las consecuencias que resulten de la nueva divulgación.
(If the receiving part is not subject to medical records privacy laws, the information may be re-disclosed by the recipient, and may no longer be protected by federal or state law. Elica Health Centers shall not be held liable for any consequences resulting from re-disclosure.)
- Elica Health Centers no utilizará ni compartirá mi información médica para fines comerciales o pagos sin informarme.
(Elica Health Centers will not use or share my health information for marketing or payment without letting me know.)
- Se me proporcionará una copia de este formulario firmado.
(A copy of this signed form will be provided to me.)
- Los Centros de Salud de Elica pueden cobrar una tarifa administrativa para cubrir el costo de la mano de obra, las copias y el envío postal. La oficina de información médica me informará de cualquier cargo y coordinará el pago.
(Elica Health Centers may charge an administrative fee to cover the cost of labor, copying, and postage. Health Information office will inform me of any charges and arrange for payment.)
- El procesamiento de esta solicitud puede demorar hasta 15 días o según lo requiera la ley.
(Processing this request may take up to 15 days or as required by law.)
- Este formulario cumple con los requisitos de 45 C.F.R. 164.508 (c), CA HSC 123111 (a) y Código Civil de CA §56.11.
(This form complies with requirements of 45 C.F.R. 164.508(c), CA HSC 123111(a), & Civil CA Code §56.11.)
- He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido del formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja fielmente mis deseos.
(I have had an opportunity to review and understand the content of the authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes.)

Firma del Paciente / Representante
(Patient / Representative Signature)

Fecha
(Date)

Si el paciente mencionado anteriormente es menor de edad o no puede firmar y usted es un padre, tutor legal o representante personal que firma en nombre de este paciente, firme encima de su nombre y complete lo siguiente:
(If patient listed above is a minor or unable to sign and you are a parent, legal guardian, or personal representative signing on behalf of this patient, please sign above your name and complete the following)

Nombre en letra de imprenta
(Print Name)

Relación con el paciente
(Relationship to Patient)