

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

Gardner Health Services (GHS) requiere autorización para divulgar información sobre la salud de sus pacientes. Si completa este formulario, se validará su autorización de conformidad con la legislación estatal y federal, pero no es una condición para el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios. Lea atentamente este formulario y complete todas las secciones, dado que **los formularios incompletos no se procesarán y se enviarán de regreso**. La verificación de un ID con fotografía también es obligatoria para todas las solicitudes. Una vez recibida su solicitud, se la procesará en un plazo de entre 15 y 30 días calendario. Para revisar el estado de su solicitud, comuníquese con GHS Health Information Management Department al número (408) 579-6112.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Número de registro médico: \_\_\_\_\_  Soy el paciente (solicitud propia)

### LUGAR DEL CUAL SOLICITO INFORMACIÓN

Seleccione a continuación los Gardner Health Centers o brinde otra información respecto de la solicitud para divulgar información (ROI) saliente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alviso Health Center  | <input type="checkbox"/> Proyecto Primavera Substance Use Treatment Services, <u>Nombre del médico clínico:</u> _____ |
| <input type="checkbox"/> CompreCare Health Center  | <input type="checkbox"/> Mental/Behavioral Health Service Center, <u>Nombre del médico clínico:</u> _____             |
| <input type="checkbox"/> Gardner Downtown Health Center  |   |
| <input type="checkbox"/> Gardner Health Center   | <input type="checkbox"/> Otro centro de Gardner: _____  |
| <input type="checkbox"/> Gardner Packard Children's Health Center                                |   |
| <input type="checkbox"/> South County Health Center  |   |
| <input type="checkbox"/> St. James Health Center   |   |
| <input type="checkbox"/> Healthcare For the Homeless   |   |
| <input type="checkbox"/> Centro no perteneciente a Gardner (solo para proveedores de GHS): _____ |   |

\_\_\_\_\_  
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de fax

### LUGAR CON EL CUAL SE COMPARTIRÁ LA INFORMACIÓN

Enviar a: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona u organización Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de fax

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

Seleccione UNA OPCIÓN:

**Método de envío:**  Correo  Fax  Otro: \_\_\_\_\_

**Autorrevisión:** El paciente solicita una cita para revisar sus registros en el centro con un proveedor

## PROPÓSITO DE USO

La divulgación de información se solicitó para los siguientes fines:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contin. de atención médica | <input type="checkbox"/> Transferencia de registros   | <input type="checkbox"/> Evaluación/Revisión      |
| <input type="checkbox"/> Seguro/Pago                | <input type="checkbox"/> Reclamación por discapacidad | <input type="checkbox"/> Estudio de investigación |
| <input type="checkbox"/> Inscripción escolar        | <input type="checkbox"/> Uso personal                 |   |
| <input type="checkbox"/> Legal/Corte                | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |   |

## INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

Seleccione la información médica protegida (PHI) que se divulgará y proporcione las fechas de tratamiento:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registros dentales     | <input type="checkbox"/> Registro de radiología (externo) | <input type="checkbox"/> Físico (hist. clínica y ex. físico) |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos  | <input type="checkbox"/> Registros quiropráticos          | <input type="checkbox"/> Registros de facturación            |
| <input type="checkbox"/> Registro de optometría | <input type="checkbox"/> Registro de vacunación (adultos) | <input type="checkbox"/> Todo el registro                    |
| <input type="checkbox"/> Registro de podiatría  | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio        |  |
| <input type="checkbox"/> Cardiología (ECG)      | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |  |

Se requiere autorización específica para divulgar la siguiente información confidencial. El paciente/cliente debe también colocar sus iniciales para que pueda divulgar información como la siguiente:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ____ Resultados de enfermedades transmisibles | ____ Consumo de drogas o alcohol                      | ____ Salud mental (excluye las notas de psicoterapia*)   |
| ____ Resultados de pruebas genéticas          | ____ Salud reproductiva (ginecología, prenatal, etc.) | * Las solicitudes de notas de psicoterapia requieren un formulario separado y no pueden combinarse con otra solicitud. |
| ____ Registros sobre VIH/SIDA                 |   |  |

FECHAS DE TRATAMIENTO desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Limitaciones a esta divulgación (si corresponde): \_\_\_\_\_

## SUS DERECHOS

Gardner Health Services (GHS) no condicionará el tratamiento el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios sobre la base de esta autorización. Si no firma este formulario de autorización, eso no afectará su elegibilidad para obtener tratamiento. Esta autorización para divulgar información sobre la salud del paciente es voluntaria. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicita.

**DURACIÓN:** La autorización será efectiva por 12 meses a partir de la fecha en que se la firme, a menos que se la revoque.

**REVOCACIÓN:** Tiene derecho a revocar esta autorización en el momento en que lo desee. Debe presentar su revocación por escrito, firmada por usted o su representante y debe entregarla en la siguiente dirección: Atención: HIM Department, Gardner Health Services, 160 East Virginia Street Suite 280, San José, CA 95112. Esta revocación tendrá efecto cuando Gardner Health Services la reciba, excepto hasta el punto en que Gardner u otras personas ya hayan divulgado la información que antes estaba autorizada.

**REDIVULGACIÓN:** Entiendo que el solicitante no puede legalmente hacer otro uso o divulgación de esta información de salud a menos que yo otorgue otra autorización, o a menos que tal uso o divulgación sea requerido o permitido específicamente por ley.

## FIRMA

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*Solo para uso del personal de GHS\*\***

Personal de GHS: Complete lo siguiente antes de enviar la solicitud ROI a la clínica/centro HIM RightFax:

Revisado por:

- Verificado mediante ID con fotografía  Faxeado a HIM (408) 579-6139