

Núm.de archivo:

Núm. de cuenta:

FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ 2do. nombre _____

Domicilio particular: _____

Teléfono de casa: _____

Fecha de nacimiento: _____

Especificar información que se divulga: Fecha(s) _____

- Historia y Físico Resultados de laboratorio Consultas
 Resultados de radiología Informe operativo Sala de Emergencia
 Otro: _____

Al anotar una marca junto a la categoría de información altamente confidencial en la lista que se muestra a continuación y al firmar en la línea correspondiente a la derecha, específicamente doy mi autorización para el uso y/o la divulgación del tipo de información altamente confidencial que se indica junto a mi firma, si dicha información se utilizara o divulgara conforme a esta Autorización:

- Enfermedad mental _____
 Discapacidad del desarrollo _____
 Notas de psicoterapia _____
 Análisis, diagnóstico o tratamiento para VIH/SIDA (sin importar el resultado) _____
 Resultados de análisis VIH. _____
 Enfermedad contagiosa _____
 Abuso de sustancias, prevención o tratamiento _____
 Agresión sexual _____
 Abuso o negligencia infantil _____
 Evaluación genética _____
 Violencia doméstica _____
 Abuso a personas de la tercera edad _____
 Otro _____

RECEPTOR: Nombre de la persona o clase de personas a quien FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL puede divulgar mi información médica: _____

DIRECCIÓN: Dirección del receptor o donde mi información médica debe divulgarse: _____

Núm.de archivo:

Núm. de cuenta:

PLAZO DE VIGENCIA: Esta Autorización estará en vigencia:

- Desde la fecha de esta Autorización hasta el día _____ de _____ de _____.
- Desde la fecha de esta Autorización hasta el día _____
- Hasta que ocurra esta situación _____
- Otro _____

OBJETIVO: Doy mi autorización a FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL para utilizar o divulgar mi información médica (incluida la información altamente confidencial que indiqué anteriormente, si la hubiese) durante el plazo de vigencia de esta Autorización para el(los) siguiente(s) propósito(s) específico(s): **Nota:** es suficiente anotar “a solicitud del paciente” si es el/la paciente quien inicia esta Autorización. _____

Comprendo que una vez que FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL divulgue mi información médica al receptor, FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL ya no puede garantizar que el receptor no divulgará dicha información médica a un tercero. Es posible que ese tercero no esté obligado a obedecer esta Autorización o la ley aplicable que rige el uso y divulgación de mi información médica.

Comprendo que FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL, de manera directa o indirecta, puede recibir remuneración de parte de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información médica.

Comprendo que en cualquier momento puedo realizar una solicitud por escrito a FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL para inspeccionar y/o obtener una copia de mi información médica, y que FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL otorgará, ya sea dentro de cinco días de una solicitud para inspeccionar y quince días para una solicitud para copiar, la solicitud y me contactará para arreglar un momento conveniente para inspeccionar y/o copiar mi información médica o proporcionarme una negación por escrito de la solicitud que establece las bases para la negación, mi revisión de derechos (si los tuviera) e instrucciones de cómo y ante quién puedo registrar una queja en relación con la negación.

Comprendo que puedo revocar en cualquier momento esta Autorización o rehusarme a firmarla (en cualquier momento) por cualquier motivo, y dicho rechazo o revocación no afectará el inicio, la continuación ni la calidad de mi tratamiento en FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL, excepto, no obstante, si mi tratamiento en FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL es sólo con el propósito de generar información médica para divulgarla al receptor identificado en la presente Autorización, en cuyo caso, FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL puede rechazar brindarme tratamiento si no firmo esta Autorización.

Comprendo que, en cualquier momento durante el cual esta Autorización está vigente, puedo realizar una solicitud por escrito para recibir una copia de esta

Núm.de archivo:

Núm. de cuenta:

Autorización. Dicha solicitud por escrito deberá hacerse a la Oficina de Confidencialidad de FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL en la dirección mencionada a continuación.

Comprendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que se venza el plazo de vigencia de esta Autorización o hasta que yo proporcione una notificación por escrito de revocación a la Oficina de Confidencialidad de FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL en la dirección que se muestra más adelante. La revocación entrará en vigor inmediatamente cuando FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL reciba mi notificación por escrito; sin embargo, la revocación no tendrá efecto alguno en cualquier acción que FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL haya emprendido con base en esta Autorización antes de recibir mi revocación por escrito.

Puedo contactar a FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL al (714) 966-8021 o por correo electrónico FVR-Privacy.Security@tenethealth.com

Afirmo que he leído y comprendo los términos y condiciones de esta Autorización y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y divulgación de mi información médica. Al firmar a continuación, de manera informada y voluntaria, por medio de la presente autorizo a FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL para que utilice o divulgue mi información médica en la manera que se describe anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización por algún otro motivo, será necesario que aparezcan estas firmas:

Firma del representante personal

Descripción de su autoridad

Fecha

Por favor complete todos los campos y regrese por:

FAX: (714) 966-3352

Correo: FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL

Release of Information

11170 Warner Ave, Ste 102

Fountain Valley, CA 92708

Correo electrónico: FVR-Privacy.Security@tenethealth.com

Póngase en contacto con la divulgación de información directamente en (714) 966-8027 si alguna pregunta o estado de su solicitud.

Núm.de archivo:	Núm. de cuenta:
-----------------	-----------------

* **For Internal Use Only:** The identity of the requestor has been validated either with a government issued picture ID, such as a driver's license or passport, or comparison of signatures documented in the PHI records.

Signature of employee verifying identity