

Nota: Se podrían aplicar cargos a determinadas solicitudes

Authorization to Release Protected Health Information

Uso o divulgación: Por la presente autorizo a *(seleccione la entidad o ubicación de JMH apropiada abajo):*

- ☐ Walnut Creek Medical Center ☐ Concord Medical Center
☐ Behavioral Health Center
☐ Physician Network Practice Office (indique la dirección del consultorio a continuación):
☐ Otros (especifique): _____

Para revelar información de salud a:

Nombre de la persona o centro de salud que recibirá la información (dirección completa):

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Zip:

Correo electrónico: _____

El propósito de este comunicado es (marque uno o más):

- ☐ Continuidad de la atención o planificación del altag
☐ Facturación y pago de factura
☐ A petición del paciente/ representante del paciente
☐ Otro (explique razón) _____

Limitaciones, según corresponda: _____

Partes receptoras adicionales (solo para solicitudes de Behavioral Health Center):

Psiquiatra: _____ Terapeuta: _____ PCP: _____ Otro: _____

Especifique la información médica que autoriza a revelar.

Fechas del tratamiento:

- ☐ Registros hospitalarios ☐ Registros ambulatorios ☐ Informes de imágenes ☐ Películas de imágenes
☐ Informes de procedimiento/operación ☐ Facturación ☐ Otro: _____
Formato solicitado: ☐ Impreso (aplican cargos) ☐ CD (aplican cargos) ☐ Correo electrónico cifrado
☐ Otro (especifique): _____

Preferencia de entrega: ☐ Correo electrónico cifrado ☐ Portal del paciente MyChart ☐ Correo USPS ☐ Recogida

La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente marcando las casillas correspondientes:

- ☐ _____ Información relacionada al abuso de drogas y alcohol, diagnóstico o tratamiento (42 C.F.R. Parte2).
 Iniciales
☐ _____ Información relacionada al diagnóstico o tratamiento de salud mental (Código de Bienestar e Instituciones §5328, et seq.)
 Iniciales
☐ _____ Revelación de resultados de pruebas del VIH (Código de Salud y Seguridad §120980(g)).
 Iniciales
☐ _____ Revelación de información relacionada a pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §123980(j)).
 Iniciales
☐ _____ Información relacionada al aborto o a servicios relacionados con el aborto (Código Civil §56.110).
 Iniciales
 Limitaciones a la revelación de información médica relacionada con el aborto: _____

Vencimiento: Esta autorización se vence en fecha: _____. Si se deja en blanco, la autorización se vencerá en 1 año desde la fecha de la firma.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del solicitante en letra de imprenta (si no es el paciente): _____

Relación con el paciente: ☐ Representante legal ☐ Cónyuge ☐ Curador legal ☐ Beneficiario ☐ Padre ☐ Tutor legal

RELS-36SP (2/06/25)

ID VERIFICATION (TYPE)



ID VERIFIED BY

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

PATIENT LABEL

PRINT NAME:

DOB:

MRI:

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o uso de la información sobre su salud. Si no proporciona toda la información solicitada esta autorización podría quedar invalidada. Envíe el formulario completado a la entidad John Muir Health apropiada donde se prestaron los servicios o tratamiento. Para solicitar información sobre el estado de su solicitud, llame al número de teléfono del departamento de Gestión de información de la entidad de salud correspondiente enumerada a continuación.

Dirección de tratamientos/servicios	Lugar para presentar solicitudes
Concord Medical Center 2540 East Street Concord, CA 94520	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 674-2322 FAX: (925) 674-2317
Walnut Creek Medical Center 1601 Ygnacio Valley Road Walnut Creek, CA 94598	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 947-5375 FAX: (925) 947-3235
Behavioral Health Center 2740 Grant Street Concord, CA 94520	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 674-4105 FAX: (925) 692-5741
Physician Network Practices	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 941-2655 FAX: (925) 947-3235

Mis derechos

- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me ha solicitado para permitir su uso o revelación.
- Me puedo negar a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mis posibilidades de recibir tratamientos o elegibilidad para beneficios de pago, excepto en las siguientes circunstancias:
 - o Cuando la autorización sea para efectos de elegibilidad, inscripción, suscripción o determinación de calificación de riesgo.
 - o Cuando el único propósito de crear la información de salud protegida solicitada sea divulgarla a un tercero.
 - o Para tratamientos relacionados con investigaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y firmada por mí o por un representante legal autorizado y entregada a la entidad John Muir Health apropiada y en el lugar en el que se presentó la solicitud de autorización original (ver arriba). Mi revocación entrará en efecto una vez recibida, salvo en la medida en que otras partes hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría revelarse a su vez por el destinatario. Dicha nueva divulgación, en algunos casos, no está prohibida por las leyes de California y pudiera no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben a la persona que recibe mi información de salud que divulgue dicha información, a menos que yo mismo(a) le otorgue otra autorización para tales efectos o que tal divulgación sea permitida, o exigida por la ley.

RELS-36SP (2/06/25)

ID VERIFICATION (TYPE)

PATIENT LABEL



ID VERIFIED BY

PRINT NAME:

DOB:

MRI:

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

WHITE - CHART YELLOW - PATIENT