RIVERSIDE

**Clear Form**

**Save**

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

_____ _____ (_____) _____ - _____
(Nombre legal completo del paciente, incluso los nombres anteriores) (Fecha de nacimiento) (N.º de teléfono para comunicarse durante el día)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Por medio del presente autorizo a Riverside Health System a divulgar la información de salud archivada en la institución de Riverside que se indica a continuación:

De la institución que presta servicios _____ (Indicar el tipo de práctica o la ubicación del centro de Riverside)

Correspondiente a la(s) fecha(s) de servicio: _____

**A divulgar la siguiente información:**

☐ Resumen de la historia clínica, ☐ Informes de radiografías o diagnóstico por imágenes ☐ Registros de facturación
☐ Registro de Emergencias ☐ Resultados de laboratorio ☐ Registro de vacunas ☐ Otros: _____

**Persona/institución que recibirá la información:** _____

**Dirección:**_____Teléfono/Fax_____

**Formato de divulgación (si no marca ninguna opción, el formato predeterminado es en papel):**

☐ Correo postal de Estados Unidos ☐ CD/radiografía* ☐ correo electrónico ☐ sitio de recogida ☐ Riverside MyChart (mi carta)*

| **Dirección de correo electrónico para el envío de la historia clínica** |
| --- |
| |

**Finalidad de la divulgación:**

☐ Continuación de la atención ☐ Seguro/Determinación de discapacidad ☐ Legal ☐ Otros (Especifique) _____

**Autorización a divulgar información:**

1. Entiendo que estoy dando mi permiso para divulgar los registros confidenciales de atención médica relacionados, si corresponde, con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a SIDA o VIH, servicios de salud mental o de comportamiento, tratamiento para el alcohol, abuso de drogas e información genética.
2. Entiendo lo siguiente: Esta autorización es voluntaria y no es una condición para el tratamiento. Una vez que la información sobre mi salud se divulgue a otros, puede ser divulgada de nuevo por ellos a otros que no están sujetos a las normas de privacidad. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Riverside. Toda revocación no se aplica a la información que ya ha sido divulgada. La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi póliza.
3. Esta autorización expirará cuando se entreguen los registros solicitados.
4. Entiendo que se aplicarán cargos por copias, de acuerdo con la política del hospital.

**Firma del paciente o representante legal**

_____Fecha _____Hora_____

Si estuviera firmado por el representante legal, indique el vínculo con el paciente: _____

** no aplicable para Lifelong Health*

**SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO** (for department use only)

Processed by_____ Date _____Time_____ ☐ Identity Verified ☐ Signature Verified

*(replaces RRCC0385, RBHC0012B, RHS0242)*

This is an exact translation of this form in English. **Certified by Cyracom on 07/18/2017; updated 8/18; updated 9/19; updated 4/20; updated 7/22**



(1000) RRMC6724-SP R26 9/2022