RIVERSIDE

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: (1)_____(2)_____(3)_____(4)_____

A divulgar la siguiente información:

☐ Resumen de la historia clínica, que incluye:_____ ☐ 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:_____(si corresponde, correo electrónico)_____

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

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. Comprendo que doy mi permiso para divulgar los registros de atención médica confidenciales, salvo indicación en contrario, si corresponde, en relación con enfermedades de transmisión sexual (SIDA o VIH), servicios de salud mental o del comportamiento, tratamiento para abuso de alcohol, drogas e información genética.

   _____
2. Comprendo lo siguiente: Esta autorización es voluntaria y no constituye condición de tratamiento. Después de divulgar mi información de salud a otras personas, estas personas podrían divulgarla a otras que se encuentran fuera del alcance de la normativa de privacidad. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, deberé hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a Riverside. La revocación no se aplica a la información ya divulgada. La revocación no se aplicará a ninguna compañía de seguros cuando la ley proporcione a mi aseguradora el derecho a oponerse a un reclamo conforme a la póliza.
3. Esta autorización expirará al momento de mi fallecimiento, salvo indicación en contrario de una fecha anterior o solicitud de revocación en una fecha posterior.
   Si desea que la autorización expire en una fecha anterior, coloque aquí la fecha de vencimiento (_____.)
4. Comprendo que se deberán abonar las copias, según 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)