AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Yo autorizo_____
(Nombre del médico o proveedor de servicios médicos autorizado para usar o revelar información)

A petición del firmante, el proveedor medico designado anteriormente está autorizado a divulgar registros médicos especificados a un representante de _____ para descubrimiento legal. _____ está autorizado por el paciente
(Nombre del Solicitante) (Servicio de Copia)
y/o el representante del paciente o el abogado del paciente para recibir la información que pertenece a:

Nombre del Paciente: _____ **También conocido como:** _____
Fecha de Nacimiento: _____ **SSN:** _____
Abogado Representante: _____
Entregar a:_____
(Nombre) (Dirección) (N.º de teléfono)

Información Médica Solicitada:
Se requiere que el proveedor tenga los archivos pertenecientes al individuo mencionado arriba (tanto archivos electrónicos como escritos) disponibles para ser copiados. Archivos requeridos incluyen pero no están limitados a hojas de admisión, tratamientos, hospitalizaciones, evaluaciones, examenes, informes, notas de progreso, reportes de laboratorio y de patología, reportes de radiología, archivos de inmunización y cirugías. Incluye también los archivos de todas las lesiones o condiciones en poder de el proveedor o bajo el control de el proveedor, para cualquier proposito. Nada debe ser removido, borrado, alterado o retenido.

Información Adicional requerida, si la casilla adjunta es marcada (marque todos los que aplique):

- ☐ Copias fisicas de Rayos X, MRI, CT Scans
- ☐ Registros de Salud Mental
- ☐ Cargos de Facturacion, Costos y Pagos
- ☐ Archivos de Empleo, Personal, Salario, Lesiones, Disciplina y de Recursos Humanos
- ☐ Registros de Alchool o Drogas
- ☐ Registros de la Prueba del VIH/SIDA
- ☐ Enfermedades de Transmicion Sexual

Revocación: Esta autorización podrá ser revocada mediante solicitud por escrito, pero cualquier revocación no se aplicará a la información divulgada antes de la recepción de la solicitud por escrito. Una copia de esta autorización es tan válida como el original. El firmante tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización. El proveedor médico no deberá condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en la sumisión de esta autorización.

Nota: Una vez que la información de salud solicitada se da a conocer, cualquier divulgación de la información por parte del recipiente ya no puede ser protegida bajo la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud del 1996 (HIPAA) y la Ley de Confidencialidad.

Vencimiento: Esta autorización es válida por tres años desde la fecha de la firma a menos que se especifique una fecha diferente aquí: _____.

Firma electrónica: Las partes acuerdan que este acuerdo puede firmarse electrónicamente. Las fiestas acepta que las firmas electrónicas que aparecen en este acuerdo son las mismas que las firmas manuscritas para los propósitos de validez, exigibilidad y admisibilidad

_____ _____
(Firma del paciente, o representante legal, o abogado) Fecha

_____ _____
(Si está firmada por alguien que no sea el paciente, indique la relación) **Fecha**

Required by Health Insurance Portability and Accountability Act, 45 C.F.R. Parts 160 and 164; pursuant to Evidence Code section 1158