

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO
O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA DE UN PACIENTE**

Nombre del paciente: _____

Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ N.º de teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

Nota: Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

Kaiser Permanente puede revelar esta información a: Marcar si es la misma que la anterior

Nombre del destinatario: _____

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

N.º de teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Esta revelación se puede utilizar para los siguientes fines: Uso personal Legal Seguro
 Tratamiento médico Verificación de afección médica Discapacidad FMLA Seguro por accidentes de trabajoMarque **SOLAMENTE** una de las siguientes tres opciones para identificar la información de salud que se revelará.

- Opción 1:** Cumplimentación de formulario (se podría revelar un formulario sustituto o expedientes médicos relevantes)
- Opción 2:** Los últimos 2 años de registros del Consultorio Médico de Kaiser Permanente y de Kaiser Foundation Hospital.
- Opción 3:** Registros tal como se ha especificado. Debe completar los pasos 1 y 2 a continuación.
Paso 1. Ingrese el intervalo de fechas o la(s) fecha(s) de los registros que se van a revelar: _____
Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se revelarán:
- Consultorio Médico de KP Kaiser Foundation Hospital Vacunación Resultados de laboratorio
 Imágenes de diagnóstico Copagos y deducibles Facturas detalladas Farmacia
 Otro (proveedor, departamento, especialidad): _____

NOTA: Los expedientes del Hospital y del Consultorio Médico divulgados como parte de esta autorización pueden contener referencias relacionadas con salud mental, adicción y afecciones médicas relacionadas con el VIH.

Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la siguiente información. De lo contrario, se excluirá esta información.

- Expedientes de tratamiento de salud mental Expedientes del tratamiento de medicina de la adicción
 Resultados de los exámenes del VIH

Tipo de medio: Electrónico Papel **Preferencia de entrega:** Electrónico Correo postal Recogida en persona**DURACIÓN:** La autorización permanecerá en vigor durante un año desde la fecha de firma a continuación. Sin embargo, el Washington, D.C. el permiso para divulgar expedientes sobre el tratamiento de medicina de la adicción vence después de seis (6) meses.**REVOCACIÓN:** Usted o su representante personal puede cancelar esta autorización para futuras divulgaciones enviando una petición por escrito a la Unidad de Divulgación de Información de su región de servicio que aparece al reverso de este formulario. Su cancelación no afectará a la información que se hubiera divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.**NUEVA DIVULGACIÓN:** Una vez que se ha divulgado esta información, no se puede proteger bajo la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996). El estado u otras leyes federales pueden requerir que el destinatario obtenga su autorización antes de volverla a divulgar.

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a si firma o no firma esta autorización. La divulgación se realiza a su petición. Para los pacientes de Virginia, se incluirá en su historia clínica una copia de esta autorización y una nota que indica a quién se divulgará su información. Una copia de la autorización original es válida. Tiene derecho a obtener una copia de esta autorización completada.

Fecha _____

Firma _____

Si es el representante personal, escriba su nombre/relación _____