Clear Form

Save

Riverside Health

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Authorization To Disclose Health Information (Spanish)

_____ _____ (_____) _____-_____

(Nombre legal completo del paciente, incluidos los nombres anteriores) (Fecha de nacimiento) (Teléfono diurno #)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____

Autorizo al Sistema de Salud de Riverside a divulgar la información de salud de la ubicación de Riverside que se indica a continuación:

De la(s) ubicación/ubicaciones del servicio _____(Indique el tipo de práctica o la ubicación de la instalación 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 urgencias ☐ 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 de EE. UU. ☐ Película/CD de radiología ☐ Correo electrónico ☐ Recojo en el sitio ☐ Riverside MyChart (*No aplica para Lifelong Health)*

| 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, 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. Esta Autorización no se aplica a Trastorno por Abuso de Sustancias o registros de tratamiento protegidos por la ley federal 42 CFR Parte 2.
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 vencerá con la entrega de los registros solicitados anteriormente, a menos que solicite una fecha de vencimiento diferente que se indica a continuación: _____
4. Comprendo que se deberán abonar las copias, según la política de Riverside.

**Nota: Si los registros son para un paciente de 13 a 17 años, tanto el paciente menor como el padre/la madre/el tutor legal deben firmar este formulario, a menos que el paciente menor tenga necesidades especiales.**

_____Fecha _____ Hora _____

**Firma del Paciente Adulto o Paciente Menor de 13 a 17 *años***

_____Fecha _____ Hora _____

**Firma del/de la padre/madre/tutor legal del paciente menor de edad de 13 a 17 años o Representante Legal del Paciente Adulto**

Relación con el paciente: _____

## DEPARTMENT USE ONLY (SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO)

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 6/28/2023



(1000) RRMC6724-SP 12-2024