



Departamento de Administración de Información de Salud
4000 Ruffin Rd, Suite R, San Diego, CA 92123
(Dirección postal únicamente. No acceso para pacientes.)
Teléfono: (858) 499-6446 Fax: (858) 636-2424
E-mail: SRS.ROIRequest@sharp.com

AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (Authorization For Use Or Disclosure Of Protected Health Information)

Todas las secciones en la segunda página de esta autorización deben llenarse por completo antes de que Sharp Rees-Stealy tenga permiso de divulgar o recibir su información de salud protegida.

EXPLICACIÓN: Este formulario autoriza el uso o divulgación de información de salud protegida de la manera descrita a continuación y es voluntaria. El negarse a firmar no afectara su habilidad de obtener tratamiento de Sharp Rees-Stealy. Por favor, este consiente de que una vez que su información salga de Sharp Rees-Stealy, nosotros ya no podremos proteger esa información y los destinatarios de su información pueden no estar legalmente obligados a proteger su información.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ESPECÍFICA: Las Leyes Federales y Estatales nos exigen obtener autorización específica de los pacientes para divulgar información sensible. Información sensible es definida como el tratamiento o documentación relacionada con los resultados de pruebas de VIH y SIDA; cuidados psiquiátricos, y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas. La información sensible será excluida a menos que usted específicamente la identifique para su divulgación.

RECEPCIÓN DE ARCHIVOS ELECTRONICOS: Esta opción está disponible para peticiones de paciente o representante de paciente; no negocios, proveedores médicos o terceras partes. Si usted prefiere esta opción, proporcione un correo electrónico en el número 4, además de su dirección postal en el número 3.

RESTRICCIONES: Entiendo que SRS no podrá continuar utilizando o divulgando la información descrita en la segunda página de este formulario a menos que obtengan otra autorización mía, o a menos que dicho uso o tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Por la presente, libero a SRS de cualquier/toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte mencionada en este formulario.

COPIA ADICIONAL: Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite.

REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada.

CARGOS: Usted puede ser responsable por el pago de una cuota de procesamiento razonable, basada en los costos. La cuota cubre los costos administrativos, así como también cualquier/todos los costos asociados con el fotocopiado de la información.

REGISTROS NO PERTENECIENTES A SRS: Sharp Rees-Stealy no puede retener todos los archivos recibidos de proveedores externos. Por favor comuníquese con su proveedor de Sharp Rees-Stealy para copias completas de sus archivos.

Office use	<input type="checkbox"/> ID checked
Recd by/Site:	
Date/Time:	
SHC:	
MRN:	

Nombre del paciente: _____

Teléfono: (____) _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. Por la presente autorizo: Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

2. Divulgar a: _____ Teléfono: (____) _____
Dirección: _____

3. Correo electrónico para recibir archivos electrónicos: _____

4. Uso de la información: Al destinatario identificado anteriormente se le permite usar mi Información de Salud Protegida para el siguiente propósito (elijá uno):
 Cuidado Médico Continuo Personal Segunda Opinión
 Cambio de proveedor (Cambio de Seguro) Seguro (Vida, Reclamos, etc.) Legal
 Cambio de proveedor (Especificar): _____

5. Fecha de servicio: De _____ a _____

6. Únicamente archivos pertenecientes a (opcional): _____
(Lesión / Enfermedad / Condición)

7. Tipo de información a ser divulgada (Marque todo lo que aplique):
 Notas de Oficina Notas de Terapia Física/Ocupacional/del Habla
 Reportes Quirúrgicos/Procedimientos Notas Oftalmológicas
 Registro de Inmunización Medicina Ocupacional
 Laboratorio (Excluye resultado de prueba de VIH) Reportes con Imágenes de Radiología
 Reportes de Radiología Únicamente Otro: _____

Autorización para divulgar archivos dentro de este recuadro, requieren autorización específica. Por favor ponga sus **iniciales** al lado de cada tipo de información a ser divulgada.
 Resultados de pruebas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
 Información de Salud Mental Información sobre abuso de alcohol o drogas

8. Fecha de caducidad: Esta autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que se indique lo contrario aquí _____.

9. Para uso futuro: Si usted desea permitir que Sharp Rees-Stealy publique notas para fechas de tratamiento posterior a la fecha de su firma a continuación, hasta la fecha de vencimiento de la autorización, por favor ponga sus iniciales aquí _____.

10. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido las páginas uno y dos de esta autorización y autorizo a Sharp Rees-Stealy divulgar mis archivos a la persona anteriormente mencionada. También reconozco que soy responsable de todas las cuotas que *puedan* ocurrir debido a mi solicitud de registros. Marque con sus iniciales aquí para ser llamado para la "aprobación de cuotas" cuando los costos excedan \$25.00 _____.

Nombre Impreso: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Testigo (opcional): _____

Si usted no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

Office use Completed by:	Date:	DOS released:	Total pages:
Doc Types Released/Comments:			