

## Autorización para la Divulgación de Información (Registros Médicos)

**Tenga en cuenta:** Los registros médicos copiados por razones distintas a la continuidad de la atención están sujetos a una tarifa de copia de \$ 0.60 por página (NRS 629.061).

Si se necesitan registros médicos para la continuidad de la atención, Sacramento Behavioral enviará los registros a su Proveedor a menos que se pague la tarifa de copia. Complete, firme y feche el formulario. Para verificar su identificación y validar su autorización, requerimos que incluya una copia legible de una identificación válida con fotografía emitida por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, identificación militar o identificación estatal). Envíe por correo, fax (7027763595) o entregue personalmente su documentación en el centro médico.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro (4) dígitos del Número de Seguro Social del Paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a SACRAMENTO BEHAVIORAL HEALTHCARE HOSPITAL, a  enviar u  obtener información/copias de información médica protegida de mi historial médico de salud mental / abuso de sustancias a: \_\_\_\_\_ (marque uno)

(Nombre de la persona, centro o institución a la que se enviarán u obtendrán los registros médicos)

(Dirección)

(Ciudad, Estado y Código Postal)

Número de Teléfono:

Número de Fax

Razón de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Es posible que se divulgue la siguiente información: (Escriba sus *iniciales* después de cada opción.)

<input type="checkbox"/> PÁGINA DE PORTADA	<input type="checkbox"/> EXAMEN PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS/ORDEN DE ALTA
<input type="checkbox"/> HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO	<input type="checkbox"/> PLAN DE TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> REPORTE DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/> EVALUACIÓN PSICOSOCIAL	<input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____
<input type="checkbox"/> INFORME DE RAYOS X	<input type="checkbox"/> RESUMEN DE ALTA	
<input type="checkbox"/> PLAN DE ALTA/POSTRATAMIENTO		

(Se divulgará lo siguiente SOLO si tiene sus iniciales.)

Estado de VIH y SIDA; y trastornos relacionados: \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)

Abuso de Sustancias: \_\_\_\_\_ (escriba sus iniciales)

Autorizo que se divulgue información de los siguientes períodos de tiempo: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Doy mi consentimiento libre y voluntariamente. Entiendo que los servicios de tratamiento no serán retenidos si no doy mi consentimiento para la divulgación de esta información.

Esta autorización solo es válida hasta el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ y se limita solo a la información que he autorizado a divulgar. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y tener una copia de la información que se divulgará de acuerdo con las políticas y procedimientos de SACRAMENTO BEHAVIORAL HEALTHCARE HOSPITAL. Además, se entiende que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se envíen los registros, mediante la presentación de una solicitud atestiguada por escrito a SACRAMENTO BEHAVIORAL HEALTHCARE HOSPITAL, Departamento de Gestión de Información de Salud. Entiendo que mi negativa a autorizar esta divulgación evitará la divulgación de esta información.

DECLARACIÓN DE REDIVULGACIÓN: Si alguno de los registros solicitados contiene información sobre el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben realizar más divulgaciones de esta información a menos que se permita expresamente su uso o divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para el uso o divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor (si el paciente es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

tutor con papeles o representante personal expedido por la corte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**  
**SACRAMENTO BEHAVIORAL HEALTHCARE**  
**HOSPITAL**  
**1400 Expo Parkway, Sacramento, CA 95815**

**Identificación del Paciente**