



Tahoe Forest Hospital
10121 Pine Avenue
Truckee, CA 96161

TAHOE FOREST HOSPITAL DISTRICT



Incline Village Community Hospital
880 Alder Avenue
Incline Village, NV 89451 -8215

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente en letra de imprenta _____ Nombres previos, si corresponde _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Número de teléfono durante el día _____

ENVIAR INFORMACIÓN A: (sea específico)

Nombre del proveedor/Organización: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ REVELADA DE:

Nombre del proveedor/Organización: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Atención continua Propio Otro _____ (se debe completar)

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA:

Fechas de los servicios: _____

Resumen clínico Informes del laboratorio: _____

Antecedentes y examen físico Informe patológico: _____

Informe de la consulta Informes radiológicos: _____

Informe quirúrgico Informe de sala de emergencias

Registro completo Otro (especifique): _____

Si el paciente no puede firmar, indique el nombre de la persona autorizada que firma en representación del paciente. Este formulario debe estar fechado dentro de los 60 días a partir de su recepción y puede ser revocado en cualquier momento siempre que no se haya divulgado la información. Consulte nuestra Notificación sobre Prácticas de confidencialidad para obtener instrucciones acerca de cómo revocar esta autorización. El hecho de completar esta autorización no afectará su atención médica ni su tratamiento. Tenga en cuenta que una vez que divulguemos la información conforme a su solicitud, dicha información estará sujeta a una nueva divulgación y es probable que deje de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Esta Autorización vence: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del representante autorizado: _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique su relación con el paciente:

Prueba de dicha relación: _____

Custodio que revela los registros: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Puedo negarme a firmar esta Autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe presentarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y enviarse a la siguiente dirección:

Tahoe Forest Hospital District
c/o Medical Records
P. O. Box 759
Truckee, CA 96160
- Si bien mi revocación entrará en vigencia a partir del momento de su recepción, no entrará en vigencia en la medida en que el Solicitante u otras personas hayan actuado sobre la base de esta Autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios estará condicionado por el hecho de aceptar o negarme a dar esta autorización.
- Es posible que la información divulgada conforme a esta autorización sea divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida por la ley de confidencialidad federal, es decir, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). No obstante, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la siga divulgando, salvo que obtenga de mi parte otra autorización para dicha divulgación o salvo que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita usar o divulgar.
- Si esta casilla está marcada, el Solicitante recibirá una compensación por el uso o la divulgación de mi información.



Tahoe Forest Hospital
10121 Pine Avenue
Truckee, CA 96161

TAHOE FOREST HOSPITAL DISTRICT



Incline Village Community Hospital
880 Alder Avenue
Incline Village, NV 89451 -8215

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente en letra de imprenta _____ Nombres previos, si corresponde _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Número de teléfono durante el día _____

ENVIAR INFORMACIÓN A: (sea específico)

Nombre del proveedor/Organización: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ REVELADA DE:

Nombre del proveedor/Organización: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Atención continua Propio Otro _____ (se debe completar)

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA:

Fechas de los servicios: _____

Resumen clínico Informes del laboratorio: _____

Antecedentes y examen físico Informe patológico: _____

Informe de la consulta Informes radiológicos: _____

Informe quirúrgico Informe de sala de emergencias

Registro completo Otro (especifique): _____

Si el paciente no puede firmar, indique el nombre de la persona autorizada que firma en representación del paciente. Este formulario debe estar fechado dentro de los 60 días a partir de su recepción y puede ser revocado en cualquier momento siempre que no se haya divulgado la información. Consulte nuestra Notificación sobre Prácticas de confidencialidad para obtener instrucciones acerca de cómo revocar esta autorización. El hecho de completar esta autorización no afectará su atención médica ni su tratamiento. Tenga en cuenta que una vez que divulguemos la información conforme a su solicitud, dicha información estará sujeta a una nueva divulgación y es probable que deje de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

Esta Autorización vence: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del representante autorizado: _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique su relación con el paciente:

Prueba de dicha relación: _____

Custodio que revela los registros: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Puedo negarme a firmar esta Autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe presentarse por escrito, firmada por mí o en mi nombre y enviarse a la siguiente dirección:

Tahoe Forest Hospital District
c/o Medical Records
P. O. Box 759
Truckee, CA 96160
- Si bien mi revocación entrará en vigencia a partir del momento de su recepción, no entrará en vigencia en la medida en que el Solicitante u otras personas hayan actuado sobre la base de esta Autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios estará condicionado por el hecho de aceptar o negarme a dar esta autorización.
- Es posible que la información divulgada conforme a esta autorización sea divulgada nuevamente por el receptor y deje de estar protegida por la ley de confidencialidad federal, es decir, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). No obstante, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información de salud la siga divulgando, salvo que obtenga de mi parte otra autorización para dicha divulgación o salvo que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita usar o divulgar.
- Si esta casilla está marcada, el Solicitante recibirá una compensación por el uso o la divulgación de mi información.