



TAHOE FOREST HOSPITAL DISTRICT



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Mi firma a continuación autoriza específicamente la divulgación de información de atención de la salud relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Infección con el virus de inmunodeficiencia humana VIH.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tratamientos por alcoholismo o abuso de drogas

Esta autorización vence el: _____

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.

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: _____

(Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a otra persona que no esté obligada legalmente a mantener su confidencialidad, es posible que sea divulgada y que deje de estar protegida. La ley de California les prohíbe a los destinatarios de su información de salud divulgarla nuevamente, salvo que cuenten con su autorización por escrito o según lo requerido o permitido específicamente por ley).



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Mi firma a continuación autoriza específicamente la divulgación de información de atención de la salud relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Infección con el virus de inmunodeficiencia humana VIH.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tratamientos por alcoholismo o abuso de drogas

Esta autorización vence el: _____

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.

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: _____

(Si ha autorizado la divulgación de su información de salud a otra persona que no esté obligada legalmente a mantener su confidencialidad, es posible que sea divulgada y que deje de estar protegida. La ley de California les prohíbe a los destinatarios de su información de salud divulgarla nuevamente, salvo que cuenten con su autorización por escrito o según lo requerido o permitido específicamente por ley).