OLE HEALTH

Etiqueta de paciente

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: (___)_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Los centros de salud OLE Health llevan a cabo medidas razonables para limitar la divulgación de la información médica protegida a la mínima cantidad de información necesaria para lograr el propósito previsto.

Autorizo a OLE Health para (seleccione una opción): ___ Liberar mis registros a: ___ Solicitar mis registros a:

Persona/Organización: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

Número de teléfono: (_____)_____Número de fax: (___)_____

Motivo de la solicitud (seleccione todas las que apliquen): ☐ Continuidad de la atención (fecha de la cita):_____

☐ Seguro ☐ Otro:_____

Intervalo de fechas para los registros autorizados por esta solicitud: De ____/_____/_____ hasta ___/_____/_____

Modo de divulgación:☐ Copia impresa ☐ CD/USB (únicamente imágenes dentales)

Método de entrega: ☐ Recolección (si aplica) ☐ Fax ☐ Correo

Tipo de registros solicitados:

_____Registros dentales ☐ Registros dentales (historial dental e información sobre visitas) ☐ Imágenes dentales (rayos-X)

_____ Registros médicos

☐ Toda la información médica personal (resúmenes de visitas, informes prenatales, análisis de laboratorio, diagnóstico por imagen, listas de medicación, etc.)

Únicamente los registros especificados:

☐ Resultados de laboratorio ☐ Resultados de imágenes ☐ Medicamentos ☐ Lista de problemas ☐ Vacunas ☐ Exámenes físicos

☐ Notas de consulta (especificar):_____

☐ Registros prenatales y postparto:_____

☐ Otro (descríbalo): _____

Información sensible del paciente

La siguiente información no será divulgada a menos que usted nos autorice específicamente a hacerlo marcando las casillas a continuación:

☐ Salud sexual/reproductiva/atención para la afirmación del género: control de natalidad, aborto, tratamiento de ITS, atención relacionada con el género (CMIA §56.11)

☐ Información sobre el diagnóstico o el tratamiento de la salud mental (Código de bienestar e Instituciones §§5328, et seq.)

☐ Divulgación de resultados de pruebas de VIH/SIDA (Código de Salud y Seguridad, §120980(g)).

☐ Divulgación de información referente a pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §124980(j))

OLE HEALTH

Etiqueta de paciente

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

NOTA:

Su historial médico puede incluir información referente al VIH/SIDA, alcohol/drogas o servicios de salud mental/conductual. No se divulgarán los expedientes reales de los tratamientos de VIH/SIDA, alcohol/drogas y/o salud mental/conductual, a menos que se soliciten específicamente en la página uno.

VENCIMIENTO:

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:
Esta autorización entrará en vigor de forma inmediata y **permanecerá vigente durante un (1) año** a partir de la fecha de su firma, a menos que aquí se especifique una fecha diferente: _/ _____/ _____.

RECONOCIMIENTOS:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará a mi capacidad para obtener un tratamiento o un pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe presentarse por escrito, estar firmada por mí o a mi nombre y entregarse en cualquier centro de salud OLE Health.
- Mi revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no tendrá ningún efecto sobre los usos o la divulgación realizados mientras mi autorización estaba vigente.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación autorizo.
- Es posible que se me cobre una cuota por las solicitudes de registros voluminosos (cuota máxima de $10 por solicitud que reúna los requisitos)

RESTRICCIONES

La legislación de California prohíbe al destinatario divulgar más información sobre su salud, a menos que obtenga otra autorización suya o que la divulgación sea exigida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios fuera del Estado de California.

FIRMAS:

Nombre (en letra de molde): _____ Firma:_____ Fecha:_____

Si la firma no es del paciente, escriba el nombre y el parentesco:

Nombre (en letra de molde): _____ Relación con el o la paciente: _____

Firma:_____ Fecha:_____

REVOCACIÓN: Comprendo y reconozco que las revocaciones/cancelaciones de esta designación no se aplicarán a la información que ya haya sido divulgada ni afectarán a las acciones emprendidas por OLE Health antes de esta solicitud.

Firme y escriba la fecha para revocar esta autorización: Firma: _____ Fecha: _____