



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Información del paciente (requerido):

Nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por la presente autorizo a **Aliso Ridge Behavioral Health, 200 Freedom Lane, Aliso Viejo, CA 92656**, a divulgar mi información médica protegida a (requerido):

☐ Yo mismo (igual que arriba) ☐ Proveedor ☐ Otro: _____		
Nombre del Hospital/Clínica/persona: _____		
Dirección: _____		
Teléfono: _____	Fax: _____	Correo Electrónico: _____

Instrucciones de entrega (requerido, seleccione una opción):

☐ Correo postal ☐ Recoger en persona (SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN CON FOTO) ☐ Fax ☐ Correo Electrónico: _____

Información de salud que se divulgará (requerido):

Por favor, envíe los registros del siguiente rango de fechas: desde _____ hasta _____

☐ Información pertinente (lo que la mayoría de los pacientes y médicos necesitan): Resumen de alta, historia y examen físico, evaluación psiquiátrica, consultas, informes operatorios, laboratorios, informes radiológicos, EEG, EMG, EKG e informes de patología.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Estado de cuenta de facturación | ☐ Resumen de alta | ☐ Historia y examen físico |
| ☐ Evaluación psiquiátrica | ☐ Notas de progreso | ☐ Informe de laboratorio |
| ☐ Informes radiológicos | ☐ Imágenes radiológicas | ☐ Informes operatorios |
| ☐ EKG | ☐ Informes de patología | ☐ Consultas |
| ☐ Otro: _____ | | |

☐ Todo/Registro médico completo (incluye información pertinente y toda la documentación del expediente médico)
Se puede aplicar una tarifa

Propósito del uso o divulgación solicitada (requerido):

☐ Continuidad de la atención ☐ Uso personal ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Otro: _____

Autorizo expresamente la divulgación de la siguiente información (marque e inicialice según corresponda):

- | | |
|--|------------------|
| ☐ Información de tratamiento de salud mental | Iniciales: _____ |
| ☐ Notas de psicoterapia | Iniciales: _____ |
| ☐ Resultados de pruebas de VIH (se requiere un consentimiento separado para cada divulgación) | Iniciales: _____ |
| ☐ Información sobre tratamiento por abuso de alcohol/drogas | Iniciales: _____ |
| ☐ Información de pruebas genéticas | Iniciales: _____ |
| ☐ Información de salud reproductiva | Iniciales: _____ |

*Si no está marcado e inicializado, los registros que contengan dicha información NO pueden ser divulgados.

Derechos del paciente:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización:

1. Entiendo que la información divulgada puede incluir detalles sobre abuso de drogas o alcohol, condiciones psicológicas o psiquiátricas, comunicaciones confidenciales, VIH y/o SIDA, condiciones físicas u otra información privilegiada o confidencial bajo la ley estatal o federal.
2. El destinatario de la información médica protegida tiene prohibido volver a divulgarla a menos que obtenga otra autorización de mi parte o que la ley lo requiera o permita específicamente. En tal caso, el destinatario puede no estar obligado a mantener la confidencialidad, y la información podría ser redistribuida sin la protección de la ley federal.
3. Entiendo que esta autorización es voluntaria. No estoy obligado(a) a firmarla como condición para recibir tratamiento, pago o inscripción/eligibilidad para beneficios.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando o entregando personalmente un aviso escrito y firmado de revocación a: **Aliso Ridge Behavioral Health, 200 Freedom Lane, Aliso Viejo, CA 92656**. Dicha revocación será efectiva al recibirse, no se aplicará a acciones previas basadas en esta autorización y expirará el _____ o 12 meses después de la fecha de firma que aparece a continuación.
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Ley de California:

Un proveedor de atención médica puede negarse a permitir la inspección o proporcionar copias de los registros de salud mental solo si determina que existe un riesgo sustancial de consecuencias adversas o perjudiciales significativas para el paciente al ver o recibir una copia de dichos registros. Si se determina así, el proveedor deberá registrar por escrito la fecha de la solicitud y la razón de la negativa, describiendo las consecuencias específicas que anticipa. El proveedor deberá permitir la inspección o proporcionar copias de los registros de salud mental a un médico, psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar, trabajador social clínico o consejero clínico profesional con licencia, designado por el paciente.

La confidencialidad de la información médica, psiquiátrica y sobre abuso de sustancias está protegida por leyes y reglamentos estatales y federales (incluyendo la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California, el Código Administrativo de California, Título 22, el Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 5328, y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales). Estas leyes requieren el consentimiento informado del paciente antes de divulgar cualquier información de salud, excepto en los casos específicamente permitidos por la ley.

Firma del paciente / representante legal:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	
Relación (si no es el paciente):	
Testigo:	Fecha:

Este formulario puede enviarse por correo, correo electrónico o fax a:

Aliso Ridge Behavioral Health
Attention: Medical Records Department
200 Freedom Lane
Aliso Viejo, CA 92656
Teléfono: (949) 900-8600 | **Fax:** (949) 221-3603
Correo electrónico: roi@alisoridgebh.com