



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**
(AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

1 Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Núm. de Expediente Médico: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____

2 AUTORIZACIÓN: Doy permiso para que _____, disponga y entregue a:
 Nombre de quien recibirá los expedientes: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

3 PROPÓSITO: La información de salud divulgada, sólo podrá ser usada para los siguientes propósitos: _____

4 INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA Fecha desde: _____ hasta: _____

A. **Expedientes Médicos**
 Toda mi información de salud (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamientos); ó
 Imágenes ó placas Reportes Cobros Dental

B. **Resultados de Pruebas de VIH /SIDA** (se requiere autorización para cada una). **Iniciales:** _____

C. **Tratamiento por Alcoholismo y Drogadicción** (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros, asistencia). **Iniciales:** _____

D. **Salud Mental** (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros). **Iniciales:** _____

E. **Otra** **Iniciales:** _____

5 PREFERENCIA DE ENTREGA: Recoger Correo Otro _____ **6 FORMATO DE ENTREGA:** CD/Disco Compacto Placas Copias en papel Otro _____

7 VIGENCIA: Esta autorización es válida de inmediato, y lo será hasta esta fecha: _____.
 Si no especifico la fecha, esta autorización vencerá a los 12 meses de haberla yo firmado.

8 CANCELACIÓN: Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento, bajo estas condiciones:
 (1): Debe solicitarse por escrito; (2) debe enviarse o entregarse al departamento de expedientes médicos (Health Information Management Department 751 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128); y (3) se considerará efectiva a partir de ser recibida en dicho departamento. Una cancelación no tendrá efecto sobre acciones que bajo la presente autorización ya se hayan tomado por parte de SCVHHS, o si la autorización fue requerida para procurar seguro médico, y la aseguradora tiene el derecho legal a cuestionar el cobro de algún servicio. De acuerdo con la Sección 5328 del reglamento de WIC, se aceptará la cancelación verbal de una autorización cuando se trate de un expediente médico relacionado con salud mental. Para más información llame al 408-885-5770.

9 CONDICIONES: Entiendo que las decisiones de tratamiento, cobertura, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios, no se basarán en que yo dé o no permiso para revelar mi información, a menos que mi tratamiento incluya investigación científica, o que la atención de salud que se me otorgue sea para generar información protegida que será divulgada a terceros. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización.
 Una copia de esta autorización es tan válida como la original. Tengo derecho a recibir una copia de la misma.

10 VOLVER A DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL: Quien reciba la información revelada por esta autorización, podría volverla a revelar. En ciertos casos, las leyes de California no prohíben el volver a revelarla, y ésta podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). No obstante, la información protegida bajo el Artículo 42, Parte 2 de CFR, sigue estando sujeta a tal protección. Además, en California la ley prohíbe que una persona que reciba mi información de salud la revele, a menos que yo dé otra autorización para hacerlo, o que tal revelación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

11 _____
 Nombre del Paciente o su Representante Firma del Paciente ó su Representante Relación Fecha



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

(AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Núm. de Expediente Médico: _____
 Domicilio: _____

 Teléfono: _____

Anexo B: Ubicaciones del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara – **Para ser actualizado y editado por el Custodio del Registro Médico del Departamento, según ello corresponda.**

SITIOS DONDE ESTÁN SUS EXPEDIENTES MÉDICOS (marque todos los que correspondan):

- Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)*
 - Clínica *Valley Health Center* Bascom
 - Clínica *Valley Health Center* Downtown
 - Clínica *Valley Health Center* East Valley
 - Clínica *Valley Health Center* Gilroy
 - Programa *Valley* de atención médica a personas sin hogar (VHHP, por sus siglas en inglés)
 - Cuidado Dental *Santa Clara Valley* de California
 - Clínica de Tuberculosis / Refugiados
- Clínica *Valley Health Center* Milpitas
- Clínica *Valley Health Center* Moorpark
- Clínica *Valley Health Center* Sunnyvale
- Clínica *Valley Health Center* Tully
- Centro de Especialidades (*Valley Specialty Center*)
- Cuidado Dental *Santa Clara Valley* de “El Camino”
- Hospital *O’Connor*
 - Clínica Médica *O’Connor*
- Hospital Regional *St. Louise*
 - Centro de salud *DePaul*
 - Clínicas Médicas *St. Louise*
- Otras Clínicas:
 - Elmwood*
 - Morgan Hill*
 - Otra: _____
 - Guadalupe
 - San Pedro

AVISO: El sitio de internet **myHealth Online** (<https://myhealthonline.sccgov.org>) es un recurso seguro y gratuito para acceder a partes de su información personal de salud a través de su computadora o teléfono celular. La información accesible incluye resúmenes de sus hospitalizaciones o consultas, la lista de sus medicamentos actuales, vacunas, resumen de su historial médico y resultados importantes de sus análisis de laboratorio. En *myHealth Online*, usted también puede hacer una cita, o ponerse en lista de espera para la próxima cita disponible con su proveedor de salud.