

**AUTORIZACIÓN PARA EL  
USO O REVELACIÓN DE  
INFORMACIÓN MÉDICA**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de registro médico (para uso del hospital solamente): \_\_\_\_\_

**Yo autorizo la revelación o uso de la información médica de la persona cuyo nombre aparece arriba según se describe a seguir:**

1. La siguiente organización está autorizada a realizar la revelación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

2. El tipo y monto de información a ser usada o revelada es la siguiente:  
(incluya las fechas donde sea apropiado)

\_\_\_\_ Antecedentes y reconocimiento físico más reciente

\_\_\_\_ Resumen para dada de alta más reciente

\_\_\_\_ Reportes de procedimiento/operación más recientes

\_\_\_\_ Resultados de pruebas de laboratorio de (Fecha) \_\_\_\_\_ a (Fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Reportes de radiografías e imágenes de (Fecha) \_\_\_\_\_ a (Fecha) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Reportes de consultas de (nombres de los médicos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

3. Comprendo que la información de mi registro médico puede incluir información relacionada con servicios relacionados con la conducta y la salud mental, y pruebas o tratamiento para el abuso del alcohol o drogas, enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Esta información no será revelada a menos que esté especificada en #2 (otro).

**Enloe Medical Center, Health Information Management, Release of Information Office**  
1617 Esplanade, Chico, CA 95926 • 530-332-5518 • Fax 530-893-6824

4. Esta información puede ser enviada y usada por el individuo u organización que se indica a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para fines de: \_\_\_\_\_

5. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita al departamento de administración de información de salud. Comprendo que la revocación no se aplicará a información que ya se ha divulgado o revelado bajo los términos de esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley dé a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo los términos de mi póliza de seguro. A menos que se revoque antes, esta autorización caducará en la fecha, condición u evento que se indica a continuación: \_\_\_\_\_.

Si no especifico una fecha, condición o evento esta autorización caducará en seis meses.

6. Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario que firme este formulario para obtener tratamiento. Comprendo que podré examinar o copiar la información que se usará o divulgará, según lo indiquen las disposiciones del gobierno federal, que se encuentran en la sección 164.524 del Código de Regulaciones Federales de los Estados Unidos de América. Comprendo que toda divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información podría no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, podré comunicarme con la Oficina de Divulgación de Información del Departamento de Registros Médicos ubicada en 1617 Esplanade, Chico, CA 95926 o llamarlos al 530-332-5518 o enviarles un fax al 530-893-6824.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Si el representante legal ha firmado,  
relación con el paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**