

Se le solicita esta autorización para el uso o divulgación de información médica a fin de cumplir con los términos de la Ley sobre la Confidencialidad de la Información Médica de 1981, sección 56 y siguientes del Código Civil.

AUTORIZACIÓN

Por este medio autorizo a Marin General Hospital Otro – Especifique _____
a dar a conocer mi información médica, la cual se describe a continuación, a:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Código Postal (Zip): _____

INFORMACIÓN QUE SE VA A DAR A CONOCER

Información del paciente: Nombre del paciente _____

Fecha(s) de ingreso/servicio _____ Fecha de Nacimiento _____

Ponga sus iniciales en la(s) casilla(s) que correspondan a continuación o describa lo que usted solicita en "Otro".

Resumen de alta

Otro: _____

Resultados de laboratorio

Información Psiquiátrica: Doy mi consentimiento a que se dé a conocer información sobre diagnóstico y tratamiento psiquiátricos protegida por la sección 500 y siguientes del Código de Bienestar Social e Instituciones de California.

Placas de radiografías disponibles en el Depto. de Radiología.

Sala de emergencia

Informes de Cirugía/ Patología

Informes de Radiografía

Informes de Electrocardiograma

VIH: Doy mi consentimiento a que se den a conocer los resultados de la prueba de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humano así como cualquier otra información relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos protegida por la sección 199.21 del Código de Salud y Seguridad.

USO Y RESTRICCIONES

La persona que reciba la información puede usarla para los propósitos siguientes: _____

La persona que reciba la información no puede usarla ni darla a conocer de nuevo o por otra razón a no ser que obtenga una nueva autorización por escrito (excepto cuando específicamente así lo exija o permita la ley). Instrucciones o restricciones especiales: _____

DURACIÓN

Esta autorización entrará en efecto inmediatamente y permanecerá en vigor hasta ____/____/____

DERECHOS ADICIONALES (Busque más información al dorso)

Además sé y entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización al pedirla.

Copia solicitada y recibida: Sí No _____ Iniciales

FIRMA AUTORIZANTE

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha de la firma

Si firma alguien que no sea el paciente, indique parentesco o relación

Testigo

24140-S (7/9/10)



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF MEDICAL INFORMATION - SPANISH**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nobre del paciente: _____

Número de teléfono: _____

DEVUELVA AL FAX: (415) 461-5649

MRN (HIM USO EXCLUSIVO): _____