

Al completar este documento usted autoriza la divulgación y uso de la información sobre su salud. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

### AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a  Marin General Hospital  Otro –Especificar \_\_\_\_\_  
para liberar mi información médica, como se describe a continuación, a:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

Fecha de Ingreso/Servicio \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor, marque las cajas correspondiente a continuación o describir su petición dentro de "Otros".

Resumen de alta

Resultados de Rayos X

Películas de Rayos X

Informes operativos / patología

Sala de Emergencia

Resultados de laboratorio

Informes del ECG

Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo de manera específica la divulgación de la siguiente información (marque lo que corresponda)

Información sobre el tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_ (iniciales)

Resultados de las pruebas de VIH \_\_\_\_\_ (iniciales)

Información sobre el tratamiento de alcohol / drogas \_\_\_\_\_ (iniciales)

Se requiere por separado una autorización para la divulgación o uso de notas psicoterapéuticas, como definido por las regulaciones de la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud.

### PROPÓSITO DE ESTE DIVULGACIÓN

(marque una o mas)

Inspección de registro  Copia Personal  Seguro  Otro: \_\_\_\_\_

### VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

A menos que sea revocada, esta autorización vence el: \_\_\_\_\_ (si no hay una fecha indicada, esta autorización expirará 12 meses después de la fecha de la firma de este formulario)

### DERECHOS ADICIONALES (Vea el reverso para más información)

Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

### AUTORIZA LA FIRMA

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, o de un Representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Si firma otra persona el paciente, indique relación aquí

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Representante Legal



**AUTHORIZATION FOR  
USE OR DISCLOSURE  
OF HEALTH  
INFORMATION  
(SPANISH)**

Form 24140S  
Rev. 10/18/16  
Page 1 of 2



R O I

## Autorización – Marin General Hospital

### Restricciones

La ley de California prohíbe el formulario de beneficiario hacer otra revelación de su información de salud a menos que el beneficiario obtenga otra autorización de usted o de menos que la revelación es requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios de fuera del estado de California.

### Sus Derechos

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago elegibilidad para recibir beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y se entregan a la siguiente dirección:

Marin General Hospital  
HIM Department  
250 Bon Air Road  
Greenbrae, CA 94904

- Mi revocación será efectiva desde la recepción, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o divulgaciones hechas mientras mi autorización era válida.
- Me puede inspeccionar y obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para su uso o de la divulgación.
- La información divulgada de acuerdo a esta autorización puede volver a ser divulgada por el recipiente. En algunos casos, dicha re-divulgación no está prohibida por la ley de California, y no podrá continuar siendo protegida bajo la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica de seguir divulgándola, a no ser que se obtenga otra autorización de divulgación por parte mía, o si dicha divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley.

La ley de California permite cobrar una tarifa por los registros. El cargo de copia es de veinte y cinco centavos (\$0.25) de una página si se copia del registro original. Pago adelantado es necesario para recibir todos los registros. No hay ningún cargo si los registros se envían directamente a su médico a otro establecimiento de salud.

MGH y otras organizaciones y individuos como los médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantener la confidencialidad, que ya no pueden ser protegidas por las leyes estatales o federales.



### AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Form 24140S  
Rev. 10/18/16  
Page 2 of 2