

El completar este documento autoriza el revelar informacion de salud individual identificable, como esta descrito en las lineas de bajo de acuerdo a la ley Federal de California con respecto a la privacidad de dicho documento. **El no proveer con toda la informacion requerida puede ser motivo para invalidar esta autorizacion. Por favor escriba con letra de molde y use tinta negra o azul.**

Nombre del Paciente: _____ No. de registro medico _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial de segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ No. de seguro social _____ No. de telefono _____

Autorizacion

Por el presente autorizo a **Emanate Health Imaging** de suministrar a:

(Nombre) (Direccion)

(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal) (Numero de Telefono)

La siguiente informacion:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Expediente Competo* | ☒ Reportes de Imagen y Rayos X | ☐ Los Registros de VIH |
| ☐ Resumen* | ☐ Resultados de Laboratorio* | ☐ Emergencia: Informes de laboratorio y/o radiologia |
| ☐ Salud Mental | ☐ Departamento de Salud del Empleador | ☐ Grabacion de Video Logopedia (costo \$10) |
| ☐ Otro: _____ | | ☐ Registros de Clinica |

Usos

Esta informacion para la que estoy autorizando la divulgacion se utilizara para el siguiente proposito:

Derechos del Paciente

Yo puedo negarme a firmar esta autorizacion

Yo puedo inspeccionar y obtener una copia de la informacion de salud que me han pedido para permitir el uso o revelacion de.

Yo puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento. Mi revocacion debe ser por escrito, firmada por mi parte, y entregada al Departamento de Registro Medico.

Mi revocacion sera efectiva en cuanto sea recibida, pero no sera efectiva al prorrogar por el solicitante u otras personas que hayan actuado dependiendo de esta autorizacion.

Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion.

Duracion de Autorizacion

Esta autorizacion se vence en la siguiente fecha, evento o condicion: _____. Si o no especifico la fecha o evento de vencimiento, esta autorizacion se vencera 6 meses a la fecha en que fue firmada.

Restricciones

La informacion revelada en esta autorizacion puede ser re-divulgada por el receptor. Dicha re-divulgacion en algunos casos no esta prohibido por la ley de California y puede que ya no sea protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi informacion de salud de hacer mas divulgacion de la misma a menos que otra autorizacion para tal divulgacion es especificamente requerido o permitido por la ley.

Firma del paciente o representante legal Fecha Hora

Relacion al paciente (si ha sido firmado por el representante legal) Testigo Fecha



**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Patient Information

Patient Name

Unit #

D.O.B.