

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

N.º de historia clínica	Fecha de nacimiento: mm / dd / aa	Últimos cuatro dígitos del número de seguro social:
Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____		
Otros nombres: _____		
Teléfono: () _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Acepta mensajes		Correo electrónico: _____

DIVULGAR HISTORIA CLÍNICA A:

Nombre: _____		
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Tel.: _____	Fax: _____	Correo electrónico: _____

TIPO DE FORMATO (marque uno)**TIPO DE ENTREGA (marque uno)**

<input type="checkbox"/> Papel	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Recoger	<input type="checkbox"/> Correo electrónico (seguro)
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--

FECHAS y LUGARES DE TRATAMIENTO

Desde: mm / dd / aa hasta mm / dd / aa

<input type="checkbox"/> Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center	<input type="checkbox"/> Laguna Honda Hospital and Rehab Center		
<input type="checkbox"/> Balboa Teen Health Center	<input type="checkbox"/> Behavioral Health Services 1380 Howard Street	<input type="checkbox"/> Ocean Park Health Center	<input type="checkbox"/> Southeast Health Center
<input type="checkbox"/> Castro Mission Health Center	<input type="checkbox"/> Curry Senior Center	<input type="checkbox"/> Potrero Hill Health Center	<input type="checkbox"/> Tom Waddell Urban Health Center (230 Golden Gate Avenue)
<input type="checkbox"/> Chinatown Public Health Center	<input type="checkbox"/> Larkin Street Youth Center	<input type="checkbox"/> S.F. Behavioral Health Center 887 Potrero Avenue	<input type="checkbox"/> Tom Waddell Urgent Care (50 Dr Tom Waddell Place)
<input type="checkbox"/> Cole Street Youth Center	<input type="checkbox"/> Maxine Hall Center	<input type="checkbox"/> Silver Avenue Health Center	<input type="checkbox"/> Youth Guidance Center
<input type="checkbox"/> Otro lugar: _____			

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

¿Cuándo estarán listos mis registros?

- En general, las solicitudes de divulgación se procesan en 5-10 días hábiles, salvo festivos y fines de semana.
- Indique formato y modo de entrega: papel, CD, correo electrónico seguro, correo, fax, recogida.
- Lo contactaremos cuando sus registros estén listos para ser recogidos.
- Necesitará una identificación con foto válida para recoger o revisar sus registros.

Cómo revisar sus registros

- Complete el formulario de divulgación de registros y marque la opción "Revisión personal de registros". Nota: Solo los registros solicitados estarán disponibles durante su sesión de revisión.
- Lo contactará un representante para programar una cita dentro de 5 días hábiles. Su cita se programará durante el horario laboral normal.
- Para residentes actuales de los SNF: en 24 horas los contactará un representante para revisar sus registros médicos.
- Traiga una identificación con foto y con firma válida.
- Puede llevar un acompañante. Su nombre debe figurar en el formulario de autorización.
- Tendrá aproximadamente 1 hora para revisar su registro. Habrá un miembro del personal durante su revisión; sin embargo, no podrá responder ninguna pregunta médica ni interpretar los documentos. La tarifa de revisión de registros es \$15.00 y deben revisarse en el departamento

DOCUMENTOS COMUNES en una historia clínica

Los REGISTROS ESPECÍFICOS pueden incluir	TODOS LOS REGISTROS también incluiría:
<ul style="list-style-type: none"> • HISTORIA Y EXÁMENES FÍSICOS • RESUMEN DE ALTA (paciente hospitalizado) • PATOLOGÍA • PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (radiografías, TC, IRM, MN y ultrasonidos) • LABORATORIO (análisis de sangre, de orina, etc.) • NOTAS DE EVOLUCIÓN (paciente hospitalizado) • NOTAS CLÍNICAS (paciente ambulatorio) • TERAPIA (física, ocupacional, del habla) • PRUEBAS DIAGNÓSTICAS IMPORTANTES • (ecocardiogramas, EEG, prueba de esfuerzo, colonoscopia, etc.) • Exámenes de cardiología • INFORMES OPERATORIOS 	<p>Registros específicos MÁS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÓRDENES DEL MÉDICO (paciente hospitalizado) • NOTAS DE ENFERMERÍA Y DOCUMENTOS RELACIONADOS (paciente hospitalizado) • REGISTROS DE MEDICAMENTOS (paciente hospitalizado) <p><i>Todos los registros son de la primera fecha de servicio a la fecha actual.</i></p> <p>** Sección de autorizaciones especiales en la página 1 Incluir fecha y firma adicionales para los servicios especiales enumerados.</p>

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

MOTIVO DE LA SOLICITUD (45 CFR 164.508)

<input type="checkbox"/> Uso personal (copias)	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica	<input type="checkbox"/> Motivo legal
<input type="checkbox"/> Reclamo de discapacidad	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Revisión personal de registros
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		

MARQUE LA INFORMACIÓN POR DIVULGAR

<input type="checkbox"/> Serie relacionada: resumen de alta, inf. operatorio, laboratorio, radiografía, consulta, patología		
<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias	<input type="checkbox"/> ECG/ecografía
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Radiografía/TC/IRM/ultrasonido/MN	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Informe(s) de consulta	<input type="checkbox"/> Notas(s) de evolución	<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Informe(s) operatorio(s)	<input type="checkbox"/> Registro médico completo	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Registro de anestесias	<input type="checkbox"/> Registro de implantes	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Informe(s) de patología	<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento por toxicomanía**	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental**

****AUTORIZACIONES ESPECIALES: agregar las firmas y fechas adicionales abajo.**

Registros de tratamiento por toxicomanía	Firma	Fecha	mm/dd/aa
Tratamiento de salud mental	Firma	Fecha	mm/dd/aa
Prueba de VIH	Firma	Fecha	mm/dd/aa
Prueba genética	Firma	Fecha	mm/dd/aa

INSTRUCCIONES ESPECIALES: Indique las restricciones a los registros solicitados (fechas, tratamiento)

LÍMITE DE TIEMPO y DERECHO A CANCELAR

Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. Excepto en caso de cancelación, esta autorización caducará el día mm/dd/aa o un año después de la fecha de la firma, salvo que se especifique lo contrario. La cancelación debe ser por escrito, tener su firma o la de su representante y entregarse al establecimiento donde se hace la solicitud. La cancelación será válida desde la recepción de su cancelación firmada, pero no aplicará a los registros ya enviados.

DIVULGACIÓN

Entiendo que el destinatario podría volver a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización. En algunos casos, la ley de California no prohíbe dicha divulgación posterior y puede dejar de aplicarse la ley federal de confidencialidad (HIPAA); sin embargo, la información protegida por 42 CFR parte 2 sigue sujeta a esa protección. Además, la ley de California prohíbe que el destinatario de la información médica realice otra divulgación, a menos que yo entregue otra autorización para dicha divulgación o que la ley exija o permita específicamente dicha divulgación. Por la presente, se libera al establecimiento de toda obligación o responsabilidad legal por la divulgación de información en la medida indicada y autorizada.

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

¿Cómo solicito mis registros?

- Complete el formulario y entréguelo al departamento correspondiente

Historia clínica <i>Documentación médica del hospital o las clínicas</i>	Zuckerberg San Francisco General Hospital 1001 Potrero Avenue, Bldg 5, 2nd Floor, 2B1 San Francisco, CA 94110-3518	Lunes a viernes 8 am - 4 pm Cerrado fines de semana y feriados 628-206-8640 Fax: 628-206-8623
	Laguna Honda Hospital and Rehab Center 375 Laguna Honda Blvd 3rd Fl., B-300 San Francisco, CA 94116-2411	Lunes a viernes 8 am- 4 pm Cerrado fines de semana y feriados 415-759-3355 Fax: 415-759-2373
Imágenes de diagnóstico <i>(p. ej., radiografías, TC)</i>	ZSFG Imaging Library 1001 Potrero Avenue, Room 1X42 San Francisco, CA 94110-3518	Lunes a viernes 8:30 am - 4:30 pm 628-206-8033 Fax: 628-206-8946
Registros de salud mental	Behavioral Health Services 1380 Howard Street San Francisco, CA 94103	415-255-3487 Fax: 415-252-3001
	San Francisco Behavioral Health Center 887 Potrero Avenue San Francisco, CA 94110	628-206-6314 Fax: 628-206-6316
Facturación (hospital)	ZSFG Billing Department 1001 Potrero Avenue, Bldg 20, 4th Floor San Francisco, CA 94110	Lunes a viernes 8 am - 5 pm (Cerrado 12 am - 1 pm) 628-206-8448 Fax: 628-206-4613

Nota: Las solicitudes para lugares distintos pueden enviarse por separado

CÓMO SOLICITAR SUS REGISTROS MÉDICOS

Cómo completar el formulario de solicitud

- Complete toda la información. Nota: La información incompleta demora la divulgación de los registros.
- Enumere los nombres que usó cuando recibió servicios médicos.
- Especifique los registros que desea. Puede indicar los documentos específicos que NO quiere divulgar en "Instrucciones especiales". (Ejemplo: Registros de la visita).
- Complete un formulario por cada lugar adonde quiere enviar sus registros.

Costo

- Nota: Las copias divulgadas a otro proveedor de atención médica son gratuitas.
- Puede haber cargos por la historia clínica al momento de su recogida.
- El costo por volumen de TODOS los registros puede superar los \$50.00.
- Es posible que se cobre a los abogados o a las compañías de seguro autorizadas a recibir los registros.
- Otros departamentos, como Radiología y Facturación, pueden cobrar cargos adicionales.

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Eso no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, los pagos o la elegibilidad de los beneficios. Puedo examinar u obtener una copia de la información médica que se me pide que divulgue.

COPIA Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

**FIRMA DEL PACIENTE O DE UN REPRESENTANTE PERSONAL QUE SOLICITE
DIVULGACIÓN**

Autorizo al Departamento de Salud Pública/Historias Clínicas de San Francisco a divulgar la información médica protegida especificada.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: mm/dd/aa

Nombre en imprenta: _____

Si no es el paciente, indique el vínculo: Padre Tutor Albacea Otro: _____

Testigo: _____

(Requerido si el paciente/cliente no puede firmar)

HIS Staff Only:

ID Verification: Drivers License Passport Other _____

Verified By: _____ / mm/dd/yy

Initials and Date

Request Received By: _____ / mm/dd/yy Request Processed By: _____ / mm/dd/yy

Initials and Date

Initials and Date

Requested Copies Provided on mm/dd/yy via Mail Fax Pick Up Other _____

****MENTAL HEALTH RECORDS (Lanterman-Petris-Short Act)**

Undersigned physician, licensed psychologist or social worker in charge of mental health care of this client

APPROVES release of the mental health treatment records.

AGREES to provide a summary of the mental health record.

DENIED by clinician – Reason: _____

Other: _____

Mental Health Provider

Date: mm/dd/yy Signature: _____ CHN ID# _____

Degree

Printed Name/ designation

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

HOSPITALES DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO

**Zuckerberg San Francisco General
Hospital and Trauma Center**
1001 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110-3518

**Laguna Honda Hospital and
Rehab Center**
375 Laguna Honda Blvd
San Francisco, CA 94116-1411

SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK HEALTH CENTER ADDRESSES

**Balboa Teen
Health Center**
1000 Cayuga Avenue
San Francisco, CA 94112

**Castro Mission Health
Center**
3850 17th Street
San Francisco,
CA 94114-2031

**Chinatown Public Health
Center**
1490 Masan Street
San Francisco,
CA 94133-4222

Cole Street Youth Center
555 Cole Street
San Francisco,
CA 94117-2800

**Behavioral Health
Services**
1380 Howard Street
San Francisco, CA 94103

Curry Senior Center
333 Turk Street
San Francisco,
CA 94102-3703

Larkin Street Youth Center
1138 Sutter Street
San Francisco,
CA 94109-5608

Maxine Hall Health Center
1301 Pierce Street
San Francisco,
CA 94115-4005

Ocean Park Health Center
1351 24th Avenue
San Francisco,
CA 94122-1616

Potrero Hill Health Center
1050 Wisconsin Street
San Francisco,
CA 94107-3328

**San Francisco Behavioral
Health Center**
887 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110

**Silver Avenue Family
Health Center**
1525 Silver Avenue
San Francisco,
CA 94134-1229

**Southeast
Health Center**
401 Keith Street
San Francisco,
CA 94124-3231

**Tom Waddell Urban
Health Center**
230 Golden Gate Avenue
San Francisco,
CA 94102-3706

**Tom Waddell
Urgent Care**
50 Dr Tom Waddell Place
San Francisco,
CA 94102

**Youth Guidance
Center**
375 Woodside Avenue
San Francisco,
CA 94127-1221

NOTA: Las solicitudes de registros pueden enviarse directamente al lugar de su elección.