

AXIS COMMUNITY HEALTH  
For Clinic Use Only

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA  
A INDIVIDUOS/MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Este documento permite a los pacientes designar su equipo de atención. Su equipo de atención es un compromiso de amigos, miembros de la familia o personas que le asisten en su cuidado personal. Completando este formulario, está autorizando a estos individuos a comunicarse e interactuar con Axis en su nombre, en la medida especificada en el formulario.

**A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre del Paciente (o si lo esta completando en nombre del paciente, Nombre del Solicitante)  
(imprima su nombre): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (seleccione uno):

- Yo
- Encargado del cuidado de un paciente adulto (tanto el paciente como persona que solicita debe firmar el Reconocimiento)
- Poder notarial duradero para la atención médica para un adulto discapacitado (DPOA) \*\*
- Tutor legal de un paciente adulto discapacitado\*\*
- Hijo mayor de edad de un padre mayor (tanto el paciente como persona que solicita debe firmar Reconocimiento)
- Hijo mayor de un padre discapacitado\*\*
- Padre de un paciente adulto discapacitado\*\*

\*\* Por favor proporcione una copia del papeleo legal verificando la relación del solicitante con el paciente.

**B. AUTORIZACIÓN DE CONCESION DEL PACIENTE**

Al completar este formulario, usted está solicitando que individuo(s) adicional(es) sean parte del equipo de atención del paciente:

Yo, \_\_\_\_\_ (imprima su nombre), por la presente autorizo a Axis Community Health a utilizar y divulgar mi información médica a la (las) personas autorizadas que se encuentran en la Sección D abajo.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

AXIS COMMUNITY HEALTH  
For Clinic Use Only

**C. INFORMACIÓN DE SALUD QUE SERA UTILIZADA O DIVULGADA**

Seleccione que comisión (es) esta usted autorizando a las personas nombradas a continuación a realizar para el paciente:

- Recoger Medicamentos
- Llamar por diagnósticos/ resultados de laboratorio
- Hablar con mi doctor acerca de mi cuidado medico, excepto para \_\_\_\_\_

\*Cualquiera información delicada de salud pertenecientes a notas de psicoterapia, registros de salud mental (protegidos por la ley de Lanterman-Petris-Short), registros sobre el abuso de droga y/o alcohol podrían no ser revelados.

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

**D. PERSONAS AUTORIZADAS**

**Esta información de salud podría ser revelada a:** Ponga en la lista a las personas a quienes usted le gustaría agregar al equipo de atención al paciente. Las misiones permitidas se limitarán al ámbito especificado anteriormente

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

Entiendo que puedo revocar esta notificación en cualquier momento notificando a Axis Community Health por escrito. Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo revoque mi autorización. Mi revocación no afectará las medidas tomadas por Axis Community Health antes de recibir la revocación. Entiendo que, si bien la ley federal no protege la información de salud que se revela a alguien que no sea otro proveedor de salud, plan de salud de atención medica o centro de atención de la salud, bajo la ley de California a todos los recipientes del cuidado de la salud se les prohíbe que vuelvan a revelar la información salvo que lo exija específicamente o permita la ley.

**Las Consecuencias de Negarse a Firmar la Autorización**

Entiendo que mi tratamiento de cuidado de la salud o los beneficios no se verán afectados si firmo o no firmo este formulario.

**C. RECONOCIMIENTO**

AXIS COMMUNITY HEALTH

For Clinic Use Only

Como es requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud desde 1996 (HIPAA) y la ley de California, esta práctica podría no utilizar o divulgar su información médica personal, salvo lo dispuesto en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad sin su autorización. El que usted llene este formulario significa que usted está dando permiso para los usos y divulgación descritos anteriormente. Revise y llene este formulario cuidadosamente. Puede ser inválido si no está completamente terminado.

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud a las personas/entidades como se describe. Entiendo que esta autorización es voluntaria y esta hecha para confirmar mis instrucciones. Entiendo que una vez que se da a conocer la información, se puede volver a divulgar y ya no esta protegida por las normas de privacidad y yo indemnizo a Axis Community Health de dicha revelación no intencional. También entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este formulario de autorización. Por la presente autorizo a Axis Community health a revelar, liberar y usar mi información de salud personal en la forma descrita en el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Firma del Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente/Nombre del Tutor Legal (Imprima)

\_\_\_\_\_  
Fecha