



**Autorización para la Divulgación y/o Revelación de Información de Salud**

**INSTRUCCIONES:** Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Este formulario será procesado por registros médicos. Por favor envíe por correo o personalmente entregue este formulario completo a la siguiente dirección: Axis Community Health, Atención: Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>		
Nombre:	Número de registro medico con Axis:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Teléfono:	Fecha de Solicitud:
Dirección:		
<b>INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER REVELADA POR:</b>		
Nombre de la Clínica u Otro Proveedor:		
Número de Teléfono:		Numero de Fax:
<b>INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER REVELADA A:</b>		
<input type="checkbox"/> <b><u>Paciente o Representante Personal</u></b>	<input type="checkbox"/> <b><u>Información de la Instalación</u></b>	
¿Cómo quiere recibir sus registros? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Levantar en la clinica <input type="checkbox"/> Fax	Nombre de la instalación: _____ Atención: _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____	
<b>INFORMACION PERSONAL DE SALUD QUE SE REVELARA</b>		
a. <input type="checkbox"/> Toda la información de salud relacionada con mi historial médico, condición mental o física y tratamiento recibido; o <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluyendo cualquier fecha) _____		
b. <input type="checkbox"/> Autorizo específicamente la publicación de los resultados de la prueba de VIH _____ (iniciales)		
<b>PROPOSITO</b>		
Propósito de la divulgación solicitada: <input type="checkbox"/> Petición del Paciente O <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Limitaciones, si hay alguna:		

--

**MIS DERECHOS**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negamiento no afectara mi capacidad de obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita que permita su uso o divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: Axis Community Health, Attn: Departamento de Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Pleasanton CA 94566 o por fax al (925) 462-1650. Mi revocación tendrá efecto una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el recipiente. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegido por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información medica divulgarla a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación o sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**VENCIMIENTO**

Si no revoco la autorización, esta autorización caducara 1 año a partir de la fecha de la firma a continuación.

**FIRMA**

Nombre del paciente (imprimir):

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Paciente/Representante Legal)*

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

**\*Adjunte un comprobante de su relación con el paciente (es decir, el Poder notarial) si no lo tenemos en nuestros archivos.**

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

*(Representante Legal)*

---

### **Authorization Tracking Information**

\*If request is for BH (MH/IBH/SUD) records, please have requestor complete the Authorization for Release of Behavioral Health Information.\*

*For Axis Use Only:*

<i>For Axis Use Only:</i>	
Date received:	Processed by:
Completion Date:	File Date: