

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

Este documento permite que usted, el paciente, asigne las personas de su equipo de atención. Su “equipo de atención” se compone de aquellas personas que le ayudan con su cuidado personal. Estas pueden ser su familia, amigos o cuidadores. Cuando se agrega a alguien a su equipo de cuidado, usted está autorizando que esa persona pueda comunicarse e interactuar con Axis en su nombre, en la medida en que se especifica en este documento. Es importante saber que la persona en su equipo de atención no es el mismo que su representante personal. Representantes personales son una designación legal, y tienen autoridad mucho más amplia para actuar en su nombre – i.e., firmar formas de consentimiento.

### 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 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 información médica en relación con:

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

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

AXIS COMMUNITY HEALTH  
For Clinic Use Only

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

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

**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 registros médicos \* Sólo los pacientes o su representante personal puede firmar el consentimiento para **solicitar** los registros médicos.
- Recoger Medicamentos
- Llamar por diagnósticos/ resultados de laboratorio
- Hablar con mi doctor acerca de mi cuidado medico, excepto para \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\*Cualquiera información de salud sensible 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 esta autorizando para que le asistan en su cuidado medico y para que se comuniquen con Axis en su nombre en el ámbito autorizado 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

AXIS COMMUNITY HEALTH

For Clinic Use Only

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**

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