



Administración de Información Médica

5445 Laurel Hills Dr.
Sacramento, CA 95841
Tel.: 916-609-5100
Fax: 916-609-5190

9412 Big Horn Blvd. #16
Elk Grove, CA 95758
Tel.: 916-229-2800
Fax: 916-226-2804

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

_____ (Nacido) _____
(Nombre en letra imprenta del cliente) (Nombre en letra imprenta del padre de familia, tutor o representante legal)

Yo autorizo a RiverOak CenterforChildren para recibir, liberar, divulgar y/o intercambiar información con: _____

Nombre de agencia o persona(s)

(____) _____ (____) _____
Núm.Tel. Desconocido Núm.Fax Desconocido

Dirección postal de agencia o persona(s) Desconocida

(Nota: si el cliente/representante legal no suministra la información de contacto de la agencia/persona, River Oak puede añadir la información de contacto relevante).

¿Con qué propósito se revela esta información?

- Para seguir con tratamiento Para coordinar atención de salud
 Otro: (describa) _____

(Marque todo lo que aplique)

- Intercambio verbal de información sobre servicio. Las agencias/personas señaladas arriba pueden compartir información verbalmente entre sí para coordinar atención y tratamiento.
 Intercambio de documentos con información sobre servicio. Las agencias/personas señaladas arriba pueden intercambiar copias de archivos entre sí para coordinar atención y tratamiento.

Tipo de información médica a divulgarse (marque):

- Salud mental Abuso de sustancias Información sobre VIH
Diagnóstico y Diagnóstico y tratamiento Diagnóstico y tratamiento

La información divulgada incluirá lo siguiente (marque):

- Resumen clínico de servicios Evaluación psicológica

<input type="checkbox"/> Fechas y tipos de servicios prestados	<input type="checkbox"/> Resumen de egreso
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica
<input type="checkbox"/> Autorización para medicamento (JV220)	<input type="checkbox"/> Recetas/Medicamentos
<input type="checkbox"/> Diagnóstico únicamente	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Notas sobre evolución	<input type="checkbox"/> Nombre, dirección, número telefónico y necesidades especiales
<input type="checkbox"/> Otra: _____	

Rango de fechas o fechas de los registros a divulgarse:

Desde Fecha: _____ <small>(mes/día/año)</small>	Hasta Fecha: _____ <small>(mes/día/año)</small>
--	--

Al colocar mi firma, señalo lo siguiente:

- Autorizo que se utilice y divulgue la información tal como se describe arriba.
- Entiendo que se firma esta autorización de forma voluntaria y que si me rehúso a firmar, no se afecta mi posibilidad de recibir tratamiento, inscripción, pago, ni elegibilidad para servicios.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Se debe solicitar por escrito o mediante la Petición para Restringir Información Médica Protegida y entregarlo a nombre de Privacy Officer en RiverOak Center for Children; 5445 Laurel Hills Dr. Sacramento, CA 95841. La revocación tendrá validez una vez se reciba pero no tendrá ningún impacto sobre los usos y/o divulgaciones que se hagan mientras esta autorización sea válida.
- Entiendo que la información revelada conforme a esta autorización podría ser revelada de nuevo por el destinatario. En ciertos casos, tal destinatario no cuenta con la protección de las leyes de California o ya no cuenta con la protección de la Ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización se da para revelar información sobre el abuso de sustancias, es posible que se prohíba que el destinatario revele la información conforme a 42 C.F.R. Parte 2.
- Entiendo que se me pueden cobrar tarifas por esta solicitud.
- Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Caducidad de la autorización: a menos que se revoque, esta autorización caduca el _____ (inserte fecha). Si no se indica la fecha, la autorización caducará 12 meses después de la fecha en que haya firmado este formulario.

Firma del cliente (obligatorio para 12 años y mayores)

Fecha

Firma del padre de familia, tutor o representante del cliente

Fecha

Relación con el cliente

Testigo—Nombre en letra imprenta y firma de un miembro del personal

Fecha