



**AUTORIZACIÓN PARA QUE CONTRA COSTA HEALTH SERVICES USE Y DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE: PRIMER / SEGUNDO / APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	N.º DE HISTORIA CLÍNICA	
ALIAS (OTRO NOMBRE)				
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO

Soy el  **PACIENTE**  **TUTOR**  **REPRESENTANTE**  **DESIGNADO** y por la presente autorizo a Contra Costa Health Services a usar y divulgar la información médica de la persona antes mencionada **A:**

ENVIAR A (NOMBRE DE LA PERSONA, LA ORGANIZACIÓN O LA AGENCIA)				
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO	CÓDIGO DE ÁREA N.º DE TELÉFONO
PROPÓSITO: LA DIVULGACIÓN DE ESTOS REGISTROS ES SOLO PARA LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS. DIVULGACIÓN DE PHI: para obtener, transferir, inspeccionar, preguntar y comunicarse verbalmente y por escrito con cualquier proveedor.				
FECHAS Y TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ Toda, de la primera a la última vista				

**NUEVA DIVULGACIÓN:** Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no está obligado por ley a mantener la información confidencial, esta puede volver a divulgarse y podría ya no estar protegida. Las leyes de California y las leyes federales que regulan las historias de los pacientes drogodependientes prohíben a los receptores de su información médica volver a divulgar dicha información, excepto con su autorización por escrito o según lo exija o permita la ley específicamente.

**INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:** Esta es una autorización de **divulgación completa** de información sobre atención médica, que incluye los historiales de mantenimiento de atención médica y los historiales médicos, quirúrgicos, de enfermedades de transmisión sexual, de salud mental, de atención y tratamiento para abuso de alcohol u otras drogas, si los hubiera. Este consentimiento también autoriza la divulgación de los resultados de las pruebas de VIH, si las hubiera. Estos registros serán divulgados, a menos que especifique la información que desea excluir. Por favor, coloque sus iniciales debajo de la información que desea que no se divulgue:

<input type="checkbox"/> <b>SIN</b> Exclusiones	<b>Excluir:</b> _____ INICIAL	Excluir los resultados de las pruebas de VIH
<input type="checkbox"/> INICIAL	_____	Excluir información sobre tratamientos para el abuso de sustancias
	_____	Excluir información sobre tratamientos de salud mental
	_____	Excluir otros: _____
	INICIAL	SPECIFY

Esta Autorización entra en vigencia inmediatamente y se mantendrá hasta \_\_\_\_\_ o durante tres años a partir de la fecha de firma, lo que ocurra primero. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre y entregarse en la dirección donde recibí atención. Mi revocación entrará en vigencia en el momento de su recepción, pero no será efectiva en la medida en que Contra Costa Health Plan haya actuado con base en esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Si Contra Costa Health Plan me ha pedido que autorice esta divulgación, tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información médica divulgada. Puedo negarme a firmar esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a que proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL PERSONAL DEL HOSPITAL, CUANDO SEA NECESARIO (AB610, MH))		
FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR, REPRESENTANTE, DESIGNADO	RELACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	FECHA	