

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

APELLIDO(S):	PRIMER NOMBRE:	INICIAL SEGUNDO NOMBRE:
NÚMERO DE CASO:	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:

¿CÓMO PODEMOS CONTACTAR CON USTED?

NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
SI USTED NO ES EL CLIENTE:			
ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE:		INDIQUE LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL CLIENTE:	

QUIÉN PUEDE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:

NOMBRE DE LA PERSONA O ENTIDAD:	NÚMERO DE TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:
CÓDIGO POSTAL:	
PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:	

QUIÉN PUEDE RECIBIR LA INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA PERSONA O ENTIDAD:	NÚMERO DE TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:
CÓDIGO POSTAL:	

QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE COMPARTIR

<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Registros de vacunas
<input type="checkbox"/> Todo el expediente	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Información de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Información médica
<input type="checkbox"/> Registros de egreso	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Fotos/videos
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas sanguíneas de VIH/SIDA y cualquier/toda referencia a los mismos	<input type="checkbox"/> Información de tratamiento/servicios
	<input type="checkbox"/> Otro: _____

EL SIGNIFICADO DE SU AUTORIZACIÓN

Información confidencial: Los registros pueden incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), información sobre servicios de salud mental o de comportamiento o tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas.

Derecho a la revocación: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si usted revoca esta autorización, lo debe hacer por escrito. Su revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada.

Plazo de divulgación: Usted puede proporcionar una fecha de inicio y/o final (o evento) para la cual será válida la autorización. Esto quiere decir que los registros solamente se compartirán entre las fechas que usted especifique.

Esta autorización será válida a partir de la siguiente fecha inicial: _____

- Si no se especifica una fecha inicial, será válida a partir de la fecha en que se firmó.

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha final o evento: _____

- Si no se especifica fecha final o evento, esta autorización se vencerá en un (1) año civil a partir de la fecha en que se firmó.

Divulgación por terceros: Si yo he autorizado la divulgación de mi información protegida de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla con carácter confidencial, puede divulgarse a terceros y ya no será información protegida.

Otros derechos:

1. La autorización de divulgación de esta información es voluntaria. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Usted no tiene que firmar este formulario para recibir tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en un estudio de investigación, puede que se le niegue la inscripción al estudio.
2. Usted puede inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, establecido en la sección 164.524 / código 45 de las Reg. Federales.
3. Usted tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización. ¿Desea una copia de esta autorización? Sí No
4. Para obtener información adicional, consulte El Aviso de las Prácticas de Privacidad en nuestro sitio en línea: www.cosdcompliance.org o póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad llamando al 619-338-2808 o escribiendo a PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

FIRMA

FIRMA:

FECHA:
