

# AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SANITARIA



## San Dimas Pediatrics

500 40<sup>th</sup> Street, Bakersfield CA 93301

Teléfono: (661) 327-3784 Fax: (661) 327-0164

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

Al rellenar este documento, usted autoriza la divulgación y la utilización de la información sanitaria que lo identifica personalmente como se estipula a continuación. **El no brindar toda la información solicitada, quizá invalide esta autorización.**

Con la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para utilizar y  
(lanzamiento de)

divulgar una copia de los datos sanitarios detallados a continuación acerca de la persona identificada anteriormente a la persona, institución u organización mencionados a continuación

\_\_\_\_\_  
(liberar a)

**La solicitud se hace con el siguiente propósito:** *(Por favor, marque el que corresponda)*

\_\_\_\_\_ Para la transferencia del cuidado \_\_\_\_\_ La obtención de beneficios adicionales

\_\_\_\_\_ Uso personal

\_\_\_\_\_ Pago de una reclamación

\_\_\_\_\_ Para el uso de un abogado

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente la utilización y la divulgación de la siguiente información sanitaria específica mientras dicha información exista. Por favor, indique qué tipo de datos sanitarios le gustaría solicitar.

Tipo de información	Señale con [X] el correspondiente	Fechas relacionadas con los datos
Historia de consultas		
Registro de vacunas		
Informes de pruebas de laboratorio		
Informes de pruebas diagnósticas		
Otro:		



Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para recibir prestaciones no serán denegados por razón exclusiva de mi negativa a otorgar esta autorización a menos que corresponda lo siguiente:

- el tratamiento está relacionado con una investigación clínica y el destinatario anteriormente indicado procura usar la información para realizar dicha investigación, o;
- el destinatario es una compañía de seguros médicos que procura obtener información (con la excepción de informes de psicoterapia) relacionada con mi idoneidad o la suscripción futura en un seguro médico; o
- el único objetivo del tratamiento es recopilar datos sanitarios para proporcionarlos al destinatario anteriormente indicado.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y la envíe a la siguiente dirección:

**San Dimas Pediatrics**

500 40<sup>th</sup> Street, Bakersfield, CA 93301  
Teléfono: (661) 327-3784 Fax: (661) 327-0164

- Habrá excepciones cuando la revocación de esta autorización no se pueda conceder.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización esté sujeta a ser divulgada de nuevo por el destinatario y ya no será posible protegerla.
- Cualquier solicitud de revocación por escrito recibida por San Dimas Pediatrics no competirá a la información que ya se haya divulgado siguiente a esta autorización y no afectará cualquier acción tomada por San Dimas Pediatrics anterior a tal revocación.

Esta autorización caducará en la fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mañana o tarde  
Firma del padre, madre o tutor legal                      Fecha                      Hora

Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mañana o tarde  
Miembro del personal que actúa como testigo                      Fecha                      Hora