AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento	# CDCR

2. PARTES A RECIBIR INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA)

☐ Paciente ☐ Nombre de la Persona u Organización_____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Correo electrónico/Fax: _____ Número telefónico: _____

☐ Organizaciones federales, estatales, del condado y de base comunitaria (incluidos proveedores de servicios, coordinadores de atención y personal de gestión de casos) que coordinan los servicios previos a la puesta en libertad, de transición y posteriores a la puesta en libertad de la atención al paciente.

3. PARTE QUE DIVULGARÁ INFORMACIÓN

☐ CDCR

☐ Nombre de la Organización_____

4. FINALIDAD (SELECCIONE UNA)

☐ Continuidad de los cuidados	☐ Uso personal	☐ Amigos o Familiares	☐ Legal	☐ Otro (especifique)_____

5. INFORMACIÓN A DIVULGARSE

A. Información de salud Protegida (seleccione sólo 1, 2 ó 3)

☐ 1. Toda la información relacionada con mis cuidados

☐ 2. La siguiente información

- ☐ Información sobre salud mental
- ☐ Información dental
- ☐ Información médica
- ☐ Otra información (especifique) _____

☐ 3. Sólo resultados de la prueba del VIH. Entiendo que los resultados de la prueba del VIH se divulgan por separado de otros historiales de atención médica. **Acepto que, al marcar esta casilla de resultados de la prueba del VIH, autorizo la divulgación de información de salud protegida especialmente. Se requerirá una nueva autorización para posteriores divulgaciones.**

B. Información de Salud Especialmente Protegida (seleccione si procede)

Entiendo que los tipos de información que figuran a continuación tienen protecciones de confidencialidad adicionales exigidas por la ley. Deseo que se divulgue la siguiente información de salud especialmente protegida si se encuentra en mi expediente:

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

☐ Registros de servicios de discapacidad del desarrollo del centro regional para la atención prestada fuera del CDCR ("Servicios DDS")

☐ Registros de servicios de tratamiento de consumo de sustancias para la atención prestada fuera del CDCR, incluyendo cualquier servicio prestado por un Programa de Tratamiento de Narcóticos ("Servicios del Programa Parte 2").

C. Fechas del Servicio (seleccione una)

☐ Todas las fechas del servicio

☐ Sólo fechas de servicio a partir de (insertar fechas) _____-_____

6. MÉTODO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (SELECCIONE TODO LO QUE SEA APLICABLE)

☐ Registros escritos o electrónico (por ejemplo, facsímil, correo, CD)

☐ Correspondencia verbal

7. FECHA DE CADUCIDAD

Esta autorización permanecerá en vigor como se indica a continuación (seleccione una opción):

☐ Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por el paciente

☐ La presente autorización caduca un año después de la fecha de su firma

☐ Esta autorización caduca en la siguiente fecha: _____.

8. DERECHOS

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; la negativa no afectará a mi derecho a recibir tratamiento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Servicios de Atención de Salud Penitenciaria de California, Servicios de Gestión de la Información sobre la Salud.
- Si revoco esta autorización, mi revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, pero no afectará a las utilizaciones o divulgaciones realizadas mientras mi autorización era válida.
- Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar sujeta a la protección de la ley de privacidad federal y estatal.
- Incluso si no autorizo la divulgación de información de salud, el CDCR puede compartir mi información confidencial para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otros fines requeridos o permitidos por la ley.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

9. FIRMAS	
Firma del Paciente/Agente	Fecha
Nombre en letra del molde del Paciente/Agente	Relacion con el paciente (si es aplicable)
Si usted es un Agente, debe adjuntar documentación de su autoridad para actuar en nombre del paciente.	