



**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA PERMITIR
EL USO Y DIVULCION DE INFORMACION DE SALUD.**

*Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de la salud, sobre usted.
La falta de información pedida puede invalidar esta autorización.*

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Número de Seguro Social _____ - _____

Autorizo a: _____
Nombre de persona/Organización Dirección

_____ *Teléfono Fax Ciudad Estado, Código Postal*

Divulge información a: Rancho Paseo Medical Group Teléfono: 951-769-0079
264 N. Highland Springs Ave., 5A, Banning, CA 92220 Fax: 951-845-6750

La información siguiente:

- a. Toda la información de la salud referente a mi condición médica del historial, mental o física
 Solamente los siguientes expedientes o los tipos de información de la salud (incluya la fecha o fechas del tratamiento): _____
- b. Autorizo específicamente divulgo de la información siguiente (cheque como apropiado):
 Información del tratamiento de la salud mental
 Resultados de la prueba del VIH
 Información del tratamiento del alcohol/de la droga

Se requiere una autorización separada de autorizar el acceso o el uso de las notas de la sicoterapia. Propósito del uso o del acceso pedido: Peticion paciente ; O otro _____

Fecha de vencimiento: _____ (Esta autorización quedará anulada y expirará en 6 meses a menos que se indicare contrariamente).

- Puedo rechazar firmar esta autorización. Mi denegación no afectará a mi capacidad de obtener el tratamiento o pago o elegibilidad para los beneficios.
- Puedo examinar u obtener una copia de la información de la salud que me están pidiendo.
- *Puedo revocar esta autorización pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación en este domicilio*
Rancho Paseo Medical Group, 264 N. Highland Springs Ave. 5A, Banning, CA 92220
- *Mi revocación tomará efecto* en cuanto sea recibida, excepto hasta el punto de otros hayan actuado en confianza sobre esta autorización.
- Tengo una derecha a y recibiré una copia de esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización se podía re-divulgar por el recipiente. Tal re-acceso no es protegido por la ley de California y se puede en algunos casos proteger no más por ley de secreto federal (HIPAA).

Si esto esta marcado , el solicitante recibirá la remuneración para el uso o la divulgación de mi información.

Firma: _____ Nombre: _____
(paciente/representante/esposo/partido financieramente responsable)

Si es firmado por alguien con excepción del paciente, indique su relación legal al paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____