

Envíe la solicitud para SHC a:
Stanford Health Care (SHC)
Health Information Mgmt – C-14, MC 5200
420 Broadway, Redwood City, CA 94063
Teléfono: (650) 723-5721 | Fax: (650) 725-9821

Fax UHA Requests to: 510-342-0081

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305



AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
SPANISH Page 1 of 5

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Cuando llene y firme este formulario, se revelará su información médica según lo descrito por usted en este documento. Antes de firmarlo, le rogamos leer detenidamente cada sección y llenar las requeridas. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su revelación a terceros. Escriba con letra clara y legible toda la información requerida en este formulario, y luego fírmelo en la última página.

.....
SECCIÓN A:

Nombre del paciente: _____ *Primer* _____ *Segundo*
Apellido: _____ *nombre:* _____ *nombre:* _____

Fecha de nacimiento: _____ *Teléfono:* _____ *Número de expediente médico* _____
.....

SECCIÓN B:

Marque la casilla correspondiente a la institución u otros proveedores de salud autorizados para **revelar la información:

USTED AUTORIZA A:

- Stanford Health Care (SHC)**
- University Healthcare Alliance (UHA)**

Especifique las clínicas. Nombre y dirección:

_____ *Nombre* _____ *Dirección*

_____ *Nombre* _____ *Dirección*

A REVELAR A: _____
(Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información)

en la siguiente dirección: _____
(Calle)

_____ **(Ciudad, estado y código postal)**

Envíe la solicitud para SHC a:
Stanford Health Care (SHC)
Health Information Mgmt – C-14, MC 5200
420 Broadway, Redwood City, CA 94063
Teléfono: (650) 723-5721 | Fax: (650) 725-9821

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305

Fax UHA Requests to: 510-342-0081

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
SPANISH

Page 2 of 5

SECCIÓN C: Describa específicamente cuál información médica desearía que se revelara. Para ello, llene la información pertinente más abajo. Para que podamos revelar cierto tipo de información médica específica, usted deberá indicárnoslo por separado. Algunos ejemplos de este tipo de información son los resultados de pruebas de detección del VIH o de trastornos hereditarios, los servicios de planificación familiar y cierta información sobre salud mental. Si desea que dicha información sea revelada, deberá indicarlo por separado en las casillas C.2, C.3, C.4, C.5 y C.6 más abajo. ***Para autorizar la revelación de la información descrita, debe marcar cada casilla y escribir sus iniciales al lado.***

C.1: Revelación de información médica general Importante: si no marca ninguna de las casillas de las secciones C.2, C.3, C.4, C.5 o C.6 de abajo, y en su expediente hay información como la descrita en esas secciones, dicha información no se incluirá en la revelación si usted solo marca las casillas que están en la sección C.1. Sin embargo, incluiremos los expedientes sobre su salud mental, con excepción de lo descrito en la sección C.2..

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se revele información sobre fechas específicas en las que se le prestaron servicios, y no su expediente médico completo.

Indique las fechas de los servicios: _____

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea describir en más detalle la información médica que quiere revelar. Descríbala aquí:

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se revele su expediente médico completo.

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se revelen sus radiografías o se entreguen los discos compactos donde se grabaron las mismas

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se revelen sus registros de facturación o la información de facturación.

C.2: Información sobre salud mental

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha estado internado(a) en las unidades G2 o H2 del hospital para recibir servicios psiquiátricos y si desea que se revele esta parte de su expediente. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a revelar su información en ciertas circunstancias.

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido servicios psiquiátricos ambulatorios en la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria cuya dirección es 401 Quarry Road, y desea que se revele estos expedientes. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a revelar su información en ciertas circunstancias.

Envíe la solicitud para SHC a:
Stanford Health Care (SHC)
Health Information Mgmt – C-14, MC 5200
420 Broadway, Redwood City, CA 94063
Teléfono: (650) 723-5721 | Fax: (650) 725-9821

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305

Fax UHA Requests to: 510-342-0081

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
SPANISH

Page 3 of 5

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Si usted recibió servicios de salud mental, por ejemplo una consulta psiquiátrica, cuando estaba internado(a) en alguna de las unidades del hospital que no haya sido la unidad G2 o H2, o cuando fue paciente ambulatorio en una de las clínicas ambulatorias que no haya sido la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria en 401 Quarry Road, se revelarán las notas sobre salud mental que aparezcan en su expediente general si usted marca las casillas de la sección C.1. Revelaremos toda la información que esté en su expediente general, tal como lo haya indicado en la sección C.1. Dicha información puede incluir notas sobre salud mental si usted fue atendido(a) en otros centros que no hayan sido la unidad psiquiátrica del hospital ni la clínica psiquiátrica ambulatoria. No excluirémos ni editaremos la información que esté en el expediente general (incluidas las notas sobre salud mental) para las revelaciones que usted autorice en la sección C.1. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su revelación.

C.3: Resultados de las pruebas de detección del VIH

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si le han hecho pruebas para detectar el VIH y desea que se revelen esos resultados.

C.4: Resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si le han hecho pruebas para detectar trastornos hereditarios y desea que se revelen esos resultados. Entre las pruebas de detección de trastornos hereditarios figuran las incluidas en los expedientes de pruebas prenatales, neonatales, y realizadas durante la infancia y la adultez y/o los servicios de consejería genética relacionados *que fueron provistos por el Departamento de Consejería Genética* (todos los resultados de pruebas y expedientes generados como parte del Programa de Trastornos Hereditarios). La revelación de esta información podría implicar los siguientes riesgos: la revelación subsiguiente, por parte del destinatario, de los resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios; y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral. La revelación de esta información podría implicar los siguientes beneficios: la predeterminación de enfermedades genéticas, la coordinación de la atención médica y opciones de tratamiento. Hable con su médico acerca de los riesgos y beneficios de pruebas específicas.

C.5: Servicios de planificación familiar

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido los servicios del programa de California para el acceso, cuidado y tratamiento para la planificación familiar (*California Family Planning, Access, Care and Treatment, FPACT*) y desea que se revele esta información. Entre los servicios del programa FPACT pueden figurar servicios clínicos, medicinas y servicios de suministro o servicios de laboratorio de la clínica ginecológica (GYN) o la clínica de endocrinología de la reproducción e infertilidad (REI). Si una persona menor de edad ha recibido servicios de planificación familiar, la revelación de estos expedientes requiere la autorización de dicha persona.

C.6: Acceso de un médico no tratante al expediente médico electrónico

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si autoriza a los siguientes médicos que no participan en su tratamiento a acceder a su expediente médico electrónico y usted no está solicitando la revelación del expediente médico impreso: _____

.....

Envíe la solicitud para SHC a:
Stanford Health Care (SHC)
Health Information Mgmt – C-14, MC 5200
420 Broadway, Redwood City, CA 94063
Teléfono: (650) 723-5721 | Fax: (650) 725-9821

Fax UHA Requests to: 510-342-0081

SECCIÓN D:

Deseo que la información se revele de la siguiente forma:

- Copia en papel CD/DVD codificado Archivo electrónico en PDF
(a pedido del paciente solamente)

Deseo que esta información se revele por el siguiente método:

- Correo Fax (ver abajo) Retirar personalmente (fecha) _____
 Correo electrónico seguro (ver abajo) (a pedido del paciente solamente)

Si es por fax, anote el número: _____

Si es por correo electrónico, anótelo: _____

SECCIÓN E: Indique el motivo por el cual desea que su información médica sea revelada.

- Marque aquí si usted es el paciente y no quiere explicar el motivo.
 Marque aquí si la revelación no es para el paciente, y explique el motivo de la revelación aquí:

SECCIÓN F:

VENCIMIENTO: A menos que se especifique otra fecha, esta autorización vencerá al año (1 año) de haber sido firmada: _____
(anotar la fecha)

SECCIÓN G:

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD:

- Usted puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa no afectará su capacidad para recibir tratamiento o pagos del seguro, ni su idoneidad para recibir beneficios.
- Podrá revocar esta autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección: Stanford Health Care, 420 Broadway, Rm C-14, MC5200, Redwood City, CA 94063. Su revocación entrará en efecto cuando se reciba, salvo en la medida en que terceros ya hayan actuado a partir de esta autorización.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información revelada conforme esta autorización podría volver a ser revelada por el destinatario. En algunos casos, es posible que la revelación subsiguiente de la información no esté protegida por las leyes estatales o federales. Tenga en cuenta que si desea imponer restricciones en cuanto al uso de la información médica por parte del destinatario, debe comunicarse directamente con el mismo.

Envíe la solicitud para SHC a:
Stanford Health Care (SHC)
Health Information Mgmt – C-14, MC 5200
420 Broadway, Redwood City, CA 94063
Teléfono: (650) 723-5721 | Fax: (650) 725-9821

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305

Fax UHA Requests to: 510-342-0081

**AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
SPANISH**

Page 5 of 5

SECCIÓN H: Advertencias antes de firmar

- La información médica que se revelará luego de que usted haya firmado esta autorización podría volver a ser revelada por el destinatario. Si esto ocurre, es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.
- Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su revelación a terceros.
- La revelación de esta información podría implicar ciertos riesgos, por ejemplo: su revelación subsiguiente por parte del destinatario, y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral.
- Si tiene preguntas sobre este formulario de autorización o sobre la revelación de su información médica, antes de firmarlo llame al Departamento de HIMS de Stanford Health Care al **650-723-5721** o al **Departamento HIMS de University Healthcare Alliance (UHA) al 510-731-2676**.

SECCIÓN I: Para autorizar a **Stanford Health Care y/o University Healthcare Alliance (UHA)** a revelar su información tal como se indica en este formulario, fírmelo y escriba la fecha.

Nombre del paciente (letra imprenta): _____

Nombre del representante legal que firma este formulario, si corresponde (letra imprenta): _____

Parentesco/relación con el paciente: _____

Dirección del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra imprenta): _____

Teléfono del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra imprenta): _____

Si usted no es el paciente y está firmando este formulario de autorización, describa qué autoridad tiene para firmar en nombre del paciente y presente la documentación legal probatoria que corresponda:

Firma del paciente o del representante legal:

Fecha: _____

DEBE ENTREGARSE AL SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

*Identificación del paciente/representante verificada: **Iniciales del personal de SHC/UHA:*** _____

Dept.: _____

(Sólo para uso de la oficina)