



Patient Label
For Office Use Only

Sycuan Centro Médico y Dental
Tel: (619) 445-0707

Website: <https://www.sycuanmedicaldentalcenter.org>

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS DE PACIENTES

En el Centro Médico y Dental Sycuan, priorizamos la privacidad y seguridad de su información médica. Este formulario autoriza la liberación de la información médica especificada a continuación:

SUS DERECHOS: Como paciente, usted tiene varios derechos con respecto a la autorización del uso y divulgación de su información médica:

- **Derecho a inspeccionar o copiar:** Tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se utilizará o divulgará según esta autorización.
- **Derecho a negarse a firmar:** Puede negarse a firmar esta autorización, lo que no afectará su tratamiento excepto en circunstancias limitadas.
- **Derecho a revocar la autorización:** Puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud escrita al Departamento de Registros Médicos de SMDC.

Departamento de Registros Médicos de SMDC
Número de contacto: (619) 445-0707 ext: 103
Correo electrónico: smdcmedicalrecords@sycuanmed.org
FAX: (619) 445-0901

Autorizo la liberación de mi información médica por:
Centro Médico y Dental Sycuan (SMDC)
Dirección: 5442 Sycuan Rd., El Cajon, CA 92019

Persona u organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

Correo Electronico: _____

Información a liberar (por favor marque todo lo que aplique):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de radiología y películas (especifique fechas): _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio (especifique fechas): _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico | <input type="checkbox"/> Registros de administración de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Historia y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Ordenes del médico | <input type="checkbox"/> Todo lo anterior |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | |

Indique el nombre de la(s) persona(s) con la(s) que podemos compartir la información médica protegida (PHI) del paciente y/o quién puede recoger las recetas en caso de que usted no pueda hacerlo. (Si no hay ninguno, escriba "NINGUNO")

Propósito de la divulgación de información de salud: La información descrita anteriormente se divulga para el Siguiete(s) motivo(s):

Validez de la autorización: Esta autorización para la divulgación de información médica confidencial es efectiva inmediatamente y seguirá siendo válido hasta un año a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que una alternative La fecha de vencimiento o el evento se especifica aquí. _____ (inicial), _____
(insertar fecha)

Alcance de la autorización: La divulgación de información se limita al alcance del tratamiento dentro de las fechas especificados anteriormente. Reconozco mi derecho a negarme a firmar esta autorización y entiendo que firmar es voluntario. Tengo derecho a revisar la información que se divulgará en virtud de 45 CFR § 164.524.
_____ (initial)

Consentimiento y Revocación: Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido los términos de este autorización y, por la presente, otorga permiso al personal de la instalación divulgadora nombrada para divulgar información como esbozado en este documento. Puedo revocar mi autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan realizado acciones. tomado en base a este authorization. _____ (initial)

Divulgación de información médica confidencial: Soy consciente de que la información que se divulgará puede incluir registros sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, el tratamiento de salud mental, las pruebas y los resultados del VIH o el SIDA información. Entiendo que la divulgación adicional de mi información de salud a partes distintas a las especificadas en este documento requiere autorización adicional de mi parte.
_____ (initial)

Redivulgación y protecciones de privacidad: Reconozco que una vez que se divulgue mi información de salud, puede ser sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegido por ciertas regulaciones federales, incluyendo 42 CFR Parte 2 y la Regla de Privacidad de HIPAA, a menos que el destinatario esté obligado a proteger la privacidad y la seguridad de la información prevista en el presente reglamento. _____ (initial)

Liberación e indemnización: Al firmar esta autorización, libero a la instalación de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de información como se detalla en este documento. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad la facilidad para actuar en virtud de esta autorización. _____ (initial)

Nombre del paciente/Iniciales: (en letra de imprenta): _____/_____

Firma del paciente: _____ Fecha de firma: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Si el/la paciente no puede firmar:

Nombre/Iniciales de el/la Representante: (en letra de imprenta): _____/_____

Representante de la firma: _____ Fecha de firma: _____

Nombre de el/la testigo {si se requiere} (por favor escriba en letra de imprenta): _____

Firma del testigo/Fecha de firma: _____/_____