

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

<b>1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>				
Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento	# CDCR	
<b>2. PARTES A RECIBIR INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA)</b>				
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Nombre de la Persona u Organización _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Correo electrónico/Fax: _____ Número telefónico: _____				
<input type="checkbox"/> 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.				
<b>3. PARTE QUE DIVULGARÁ INFORMACIÓN (SELECCIONE UNA)</b>				
<input type="checkbox"/> CDCR <input type="checkbox"/> Nombre de la Organización _____				
<b>4. FINALIDAD (SELECCIONE UNA)</b>				
<input type="checkbox"/> Continuidad de los cuidados	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Amigos o Familiares	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
<b>5. INFORMACIÓN A DIVULGARSE</b>				
<b>A. Información de salud Protegida (seleccione sólo 1, 2 ó 3)</b>				
<input type="checkbox"/> 1. Toda la información relacionada con mis cuidados				
<input type="checkbox"/> 2. La siguiente información				
<input type="checkbox"/> Información sobre salud mental				
<input type="checkbox"/> Información dental				
<input type="checkbox"/> Información médica				
<input type="checkbox"/> Otra información (especifique) _____				
<input type="checkbox"/> 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. <b>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>				
<b>B. Información de Salud Especialmente Protegida (seleccione si procede)</b>				
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 de Gestión de la Información de Salud del CCHCS (por ejemplo, facsímil, correo, CD)
- Correspondencia verbal o escrita de la Subdivisión de Correspondencia y Apelaciones de Atención Médica del CCHCS (Nota: Esta opción no está disponible para los pacientes que han salido en libertad condicional o han sido liberados del CDCR).

**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 revisar mi información de salud antes de firmar una divulgación a terceros.
- 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 CDCR. 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 utilidades 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.

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

- 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.

**9. FIRMAS**

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