



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN DE ATENCIÓN
MÉDICA DEL PACIENTE**

4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415
www.partnershiphp.org

Redding Regional Office
3688 Avtech Parkway
Redding, CA 96002
Fax: 530-223-2508

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/año): _____

Nombre anterior: _____

ID del miembro/CIN: _____

**Solicito y autorizo _____ divulgar la información
médica del paciente mencionado anteriormente:**

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

MÉTODO DE DIVULGACIÓN (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

Telefónicamente/verbalmente (teléfono #): _____ correo de los Estados Unidos/en persona
Fax#: _____

ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN APLICA A: (Colocar iniciales si aplica)

____ Copias de los expedientes o información médica dentro de las siguientes fechas:
de _____ a _____

____ Toda la información atención médica (excepto registros protegidas)

____ Registros que se limitan a un proveedor médico específico: _____

____ Información de atención médica relacionada con un tratamiento específico o condición: _____

____ Asistencia con problemas médicos y farmacéuticos

____ Autorización para cambiar de proveedor de atención primaria

____ Otros: _____

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES PROTEGIDOS

**La siguiente información no se divulgará a menos que usted lo autorice al colocar sus iniciales al lado de
las declaraciones continuación (para saber las definiciones de cada declaración, vea la página tres de
este documento):**

____ Información relacionada con el diagnóstico y tratamiento por el abuso de drogas y alcohol, (42 C.F.R.
§§2.34 and 2.35).

____ Información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la salud mental (Welfare and Institutions
Code §§5328, et seq.)

____ Divulgación de los resultados de las pruebas para VIH/SIDA (Health and Safety Code §120980(g)).

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN (colocar iniciales en cada artículo)

_____ A menos que sea revocado, esta autorización vence el _____
_____ (insertar fecha).

_____ Esta autorización es válida hasta que el miembro notifique al PHC sobre la terminación.

_____ Si la fecha no está indicada, la autorización vencerá 90 días posteriores a la fecha en que se firmó este formulario.

Nombre en letra de molde

Firma (Miembro, padre, tutor)

Fecha

Relación con el miembro
(Padre, tutor, defensor, representante del miembro)

NOTIFICACIONES

Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud son requeridos por la ley para mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a una persona que no está legalmente obligada a mantener la confidencialidad, podría ya no estar protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

SUS DERECHOS

Esta autorización de divulgación la información médica es voluntaria.

Los tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidad para los beneficios pueden no estar sujetos a condiciones tras firmar esta autorización a excepción de los siguientes casos:

- (1) Para llevar a cabo el tratamiento de investigación
- (2) Para obtener información en relación con la elegibilidad e inscripción de un plan de salud
- (3) Para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo
- (4) Para crear información de salud para proporcionarla a terceros

Esta autorización puede ser retirada y revocada en cualquier momento. Se debe presentar la revocación por escrito, firmado por usted o el representante del paciente y enviarla a:

Partnership HealthPlan of California (PHC)
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415

Partnership HealthPlan of California (PHC)
c/o Member Services Department
3688 Avtech Parkway
Redding, CA 96002
Fax: 530-223-2508

La revocación entrará en vigencia cuando el PHC la reciba. Sin embargo, su retiro/revocación no afectará los derechos de cualquier persona que actúa en la confianza de este consentimiento antes del aviso de retiro/revocación.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

DEFINICIONES

Enfermedades de transmisión sexual (ETS), según la definición del título, 17 CCR § 2500 incluye chancroide, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, sífilis, gonorrea, clamidia, enfermedad inflamatoria pelviana y uretritis no gonocócica

VIH/SIDA, según la definición del Health and Safety Code § 120775, "SIDA" significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH significa virus de inmunodeficiencia humana o el virus etiológico del SIDA.

Tratamiento de drogas o alcohol, según la definición del título, 22 CCR § 51341.1 incluye los servicios del programa de tratamiento de narcóticos, tratamiento libre de drogas para pacientes ambulatorios, sesiones de asesoría grupales, asesoría individual, servicios de habilitación de atención diurna, servicios de trastorno por uso de sustancias residencial perinatales, servicios de tratamiento para naltrexona.

Tratamiento para la salud mental, según la definición del título 9 CCR § 1830.205, incluye trastorno profundo del desarrollo, comportamiento perjudicial y trastornos de déficit de atención, desórdenes alimenticios, trastornos de la eliminación, esquizofrenia y otros trastornos psicótico, trastornos del estado de ánimo, trastornos Somatoformes, trastornos provocados, trastornos disociativos, parafilias, trastorno de la identidad de género, trastornos del control de impulsos, trastornos de personalidad, trastornos de movimiento inducido por medicamentos.