

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**N.º de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: mm / dd / aa Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____

Nombre del paciente: Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Otros nombres utilizados: _____

Teléfono: () _____ De casa Celular Puede recibir mensajes en su teléfono Correo electrónico: _____ **SOLICITAR REGISTROS DE:** **DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS A:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

TIPO DE FORMATO (marque uno) **TIPO DE ENTREGA (marque uno)** Papel Disco compacto Correo Fax Recolección MYCHART**FECHAS y UBICACIONES DE TRATAMIENTOS**Del: mm / dd / aa al mm / dd / aa Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center Laguna Honda Hospital and Rehab Center SF Ambulatory / Specialty Clinics (Clínicas de procedimientos ambulatorios/de especialidades de San Francisco [SF]) SF Youth Teen Center (Centro de Jóvenes y Adolescentes de SF) Jail Health (Salud en la Cárcel) Behavioral Health Centers (Centros de Salud del Comportamiento) Curry Senior Health Center (Centro de Salud para Adultos Mayores Curry) Home Health (Salud en el Hogar) Otro: _____**MOTIVO DE LA SOLICITUD (Título 45 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR] 164.508)** Uso personal (copias) Proveedor de atención médica Motivo legal Reclamo por discapacidad Seguro Revisión de registros en persona Comunicación verbal con los mencionados anteriormente Otro (especifique): _____**AUTORIZACIÓN DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA PARA SALUD DE COMPORTAMIENTO** Asignación de beneficios del suscriptor Divulgación de información al suscriptor Coordinación de beneficios**MARQUE LOS ELEMENTOS QUE SE DIVULGARÁN**

PAQUETE PERTINENTE: resumen del alta, reporte operativo, resultados de laboratorio, radiografías,

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL**

consultas, patología		
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Registro de sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG)/ecocardiograma
<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Radiografías/TC/IRM/ultrasonido/medicina nuclear	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Reporte(s) de consulta	<input type="checkbox"/> Nota(s) de progreso	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Reporte(s) operativo(s)	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Registro de anestesia	<input type="checkbox"/> Registro de implantes	<input type="checkbox"/> Declaraciones/registros de facturación
<input type="checkbox"/> Reporte(s) de patología	<input type="checkbox"/> Registros de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias**	<input type="checkbox"/> Registros de salud mental**

Otro:

****AUTORIZACIONES ESPECIALES: se necesitan firmas adicionales y fechas a continuación.**

<input type="checkbox"/> Diagnóstico/registro de tratamiento de trastorno de consumo de sustancias	Firma:	Fecha: mm/dd/aa
<input type="checkbox"/> Tratamiento/diagnóstico de salud mental	Firma:	Fecha: mm/dd/aa
<input type="checkbox"/> Prueba/diagnóstico de VIH	Firma:	Fecha: mm/dd/aa
<input type="checkbox"/> Pruebas/consultas genéticas	Firma:	Fecha: mm/dd/aa

INSTRUCCIONES ESPECIALES: indique a continuación cualquier limitación a los registros que solicita (fechas, tratamiento)

LÍMITE DE TIEMPO y DERECHO A CANCELAR

Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria y puede cancelarse en cualquier momento. A menos que se cancele, esta autorización vencerá en la siguiente fecha mm/dd/aa, o un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario. La cancelación debe ser por escrito, estar firmada por usted o su representante y entregarse al departamento de historias clínicas de las instalaciones donde las solicitó. La cancelación entrará en vigor una vez que se reciba su cancelación firmada, pero no aplicará para los registros que ya se enviaron.

VOLVER A DIVULGAR/VOLVER A LIBERAR

Entiendo que el receptor podría volver a divulgar la información divulgada de acuerdo con esta autorización. La ley de California no prohíbe volver a divulgar la información en algunos casos y es posible que la divulgación ya no esté protegida por la ley de confidencialidad federal (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]); sin embargo, la información protegida por el Título 42 del CFR Parte 2 sigue estando sujeto a esa protección. Además, las leyes de California prohíben que la persona que reciba mi información médica la divulgue, a menos que se obtenga otra autorización para la divulgación de parte mía o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley de forma específica. Por medio del presente, las instalaciones quedan exentas de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información en la medida que se indique y autorice.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pagos o elegibilidad de beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide divulgar.

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL**

COPIA Entiendo que tengo el derecho a tener una copia de esta autorización.

**FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL QUE PUEDE SOLICITAR LA
DIVULGACIÓN**

Autorizo al Departamento de Salud Pública de San Francisco (San Francisco Department of Public Health, SFDPH) y la Red de Salud de SF que divulguen la información de salud protegida que se indica anteriormente.

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: mm/dd/aa

**Nombre en
letra de
molde:** _____

Si no es el paciente, indique su parentesco: Padre Tutor Albacea Otro: _____

Testigo: _____

(Se requiere si el paciente o el cliente no puede firmar)

**Solo para personal
de Servicios de
Información sobre la
Salud (Health
Information Services,
HIS):**

Comprobación de identificación: Licencia de conducir Pasaporte Otro _____

Verificado por: _____ / mm/dd/aa
Iniciales y Fecha

Solicitud recibida por: _____ / mm/dd/aa Solicitud procesada por: _____ / mm/dd/aa
Iniciales y Fecha Iniciales y Fecha

Copias solicitadas proporcionadas el mm/dd/aa Por Correo Fax Recolección Otro _____

****REGISTROS DE SALUD MENTAL (Ley Lanterman-Petris-Short)**

El proveedor de servicios de salud mental abajo firmante con licencia o exención de responsabilidad que se indica en el expediente de atención de salud mental de este cliente

APRUEBA la divulgación de registros de tratamientos de salud mental. ACEPTA proporcionar un resumen de los registros de salud mental.

DENEGADO por el profesional clínico de la salud, razón: _____

Otro: _____

Proveedor de salud mental

Fecha: mm/dd/aa Firma _____ N.º de identificación de la
Red de Salud Comunitaria (Community Health Network, CHN) _____

Nombre en letra de molde/designación _____

Título

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL**

HOSPITALES

DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO

**Zuckerberg San Francisco General Hospital
and Trauma Center**

1001 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110-3518

Laguna Honda Hospital and Rehab Center

375 Laguna Honda Blvd
San Francisco, CA 94116-1411

CENTROS DE SALUD DE LA RED DE SALUD DE SAN FRANCISCO

Esta NO es una lista completa, escriba otra ubicación en su solicitud

Adult Immunization & Travel Clinic (Clínica Itinerante de Vacunas para Adultos) (AITC)

Balboa Teen Health Center (Centro de Salud para Adolescentes Balboa)

Breast & Cervical Cancer Services (Servicios de Cáncer de Seno y Cervical)

Castro-Mission Health Center (Centro de Salud Castro-Mission)

Children's Health Center (Centro de Salud Infantil) en ZSFG

Chinatown Public Health Center (Centro de Salud Pública de Chinatown)

Cole Street Clinic (Clínica Cole Street)

Curry Senior Center (Centro para Adultos Mayores Curry)

Family Health Center (Centro de Salud Familiar) en ZSFGH

Richard Fines People Clinic (Clínica Popular Richard Fines)

Hawkings Village Teen Health Center (Centro de Salud para Adolescentes Hawkings Village)

Hip Hop Health Clinic (Clínica de Salud Hip Hop)

Larkin Street Medical Clinic (Clínica de Medicina Larkin Street)

Maria X Martinez Health Clinic (Clínica de Salud Maria X Martinez)

Maxine Hall Health Center (Centro de Salud Maxine Hall)

Ocean Park Health Center (Centro de Salud Ocean Park)

Potrero Hill Health Center (Centro de Salud Potrero Hill)

Silver Avenue Family Health Center

Central City Behavioral Health Services (Servicios de Salud del Comportamiento Central City)

Chinatown Child Development Center (Centro de Desarrollo Infantil Chinatown)

Chinatown North Beach Mental Health Services (Servicios de Salud Mental Chinatown North Beach)

Community Justice Center (Centro de Justicia Comunitaria)

Comprehensive Crisis Services (Servicios Integrales para Crisis)

CYF Psychological Assessment Services (Servicios de Evaluación Psicológica de Niños, Jóvenes y Familias)

Drug Court Treatment Center (Centro de Tratamiento de Drogas del Tribunal)

Educationally Related MHS (Servicios de Salud Mental Relacionados con la Educación) (AB3632)

Family Mosaic Project (Proyecto de Mosaico Familiar)

Foster Care Mental Health Program (Programa de Salud Mental para Cuidado de Crianza)

Law Enforcement Assisted Diversion (Recuperación Asistida por las Fuerzas de Seguridad) (LEAD)

Mission Family Center (Centro Familiar Mission)

Mission Mental Health Team I (Equipo de Salud Mental Mission I)

OMI Anchor Program (Programa OMI Anchor)

OMI Family Center (Centro Familiar OMI)

SF Fully Integrated Recovery Services Team (Equipo de Servicios de Recuperación Completamente Integrados de SF) (FIRST)

South of Market MHS (Servicios de Salud Mental South of Market)

South Van Ness HIV and Gender Services (Servicios de VIH y Género South Van Ness)

Southeast Child and Family Therapy 1 (Terapia

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL**

(Centro de Salud Familiar Silver Avenue) Southeast Family Health Center (Centro de Salud Familiar Southeast) Special Programs for Youth (Programas Especiales para Adolescentes) City Clinic (Clínica de la Ciudad) en 7th Street Tom Waddell Health Center (Centro de Salud Tom Waddell) Transgender Health Clinic (Centro de Salud Transgénero) Women's Health Center (Centro de Salud para la Mujer)	Infantil y Familiar 1 del Sureste) Southeast Child and Family Therapy Center 2 (Centro de Terapia Infantil y Familiar 2 del Sureste) Southeast Mission Geriatric Services (Servicios Geriátricos Mission del Sureste) Sunset Mental Health Services Adult (Servicios de Salud Mental para Adultos Sunset) Transitional Age Youth Service (Servicios de Transición de Edad para Adolescentes) Health at Home (Salud en el Hogar)
---	--

¿Cómo solicito mis registros? • Llene el formulario de divulgación de registros y devuélvalo al departamento correspondiente.

Registros médicos <i>Documentos médicos de hospitales o clínicas</i>	Zuckerberg San Francisco General Hospital 1001 Potrero Avenue, Bldg 5, 2nd Floor, 2B1 San Francisco, CA 94110-3518	De lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:00 p. m. Cerrado los fines de semana y días festivos 628-206-8640 Fax: 628-206-8623
Imágenes de diagnóstico <i>(p. ej. radiografías, TC)</i>	ZSFG Imaging Library 1001 Potrero Avenue, Room 1X42 San Francisco, CA 94110-3518	De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. 628-206-8033 Fax: 628-206-8946
Facturación (Hospital)	ZSFG Billing Department 1001 Potrero Avenue, Bldg 20, 4th Floor San Francisco, CA 94110	De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (cerrado del mediodía a la 1:00 p. m.) 628-206-8448 Fax: 628-206-4613

CÓMO SOLICITAR SU REGISTRO DE SALUD

Cómo llenar el formulario de solicitud

- Llene toda la información. Nota: Si no proporciona la información completa, se puede retrasar la divulgación de los registros.
- Mencione todos los nombres que ha utilizado al momento de recibir servicios médicos.
- Sea específico sobre los registros que desea. También puede indicar documentos específicos que NO desea que se divulguen en la sección "Instrucciones especiales". (Ejemplo: registros de la consulta de _____).
- Llene un formulario para cada ubicación a donde desea que se envíen sus registros.

Autorización de comunicación verbal

- Coordinación de servicios médicos en la que se necesita una autorización especial: salud mental, trastorno de consumo de sustancias, resultados de pruebas de VIH en los cuales una autorización verbal Y por escrito son necesarias.

Costo

- Nota: Las copias divulgadas a otro proveedor de atención médica se proporcionan sin costo.
- Es posible que tenga que cubrir una tarifa por registros médicos al momento de recogerlos.
- Si solicita TODOS los registros, el costo por volumen de registros puede exceder \$50.00.
- Los abogados o compañías de seguros que están autorizados para recibir sus registros pueden ser responsables de las tarifas correspondientes.
- Es posible que otros departamentos como Radiología y Facturación tengan cargos adicionales.

¿Cuándo estarán listos mis registros?

- Las solicitudes para la divulgación de registros por lo general se procesan en un periodo de 5 a 10 días hábiles, sin incluir días feriados y fines de semana.
- Llene el formato y el tipo de entrega solicitados: impreso, disco compacto, correo electrónico seguro, correo

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA O
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN VERBAL**

postal, fax o recolección.

- Se comunicarán con usted una vez que los registros estén listos para recogerse.
- Es necesario que muestre una identificación válida con fotografía para recoger o revisar sus registros.

Cómo revisar sus registros

- Llene el formulario de divulgación de registros y marque la opción de "Revisión de registros en persona". Nota: Solo los registros que solicitó estarán disponibles durante su sesión de revisión.
- Un representante se comunicará con usted para hacer una cita en un periodo de 5 días hábiles. Su cita se programará durante el horario de servicio regular.
- Para residentes actuales de centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), un representante se comunicará con usted para revisar sus registros de salud dentro de 24 horas.
- Traiga una identificación válida con fotografía y firma.
- Una persona puede acompañarle. Su nombre debe incluirse en el formulario de autorización.
- Tendrá aproximadamente 1 hora para revisar su registro. Un miembro del personal estará presente durante su revisión; sin embargo, no podrá responder ninguna pregunta médica o interpretar los documentos. La tarifa por revisar los registros es de \$15.00 y deberán revisarse en el departamento.

DOCUMENTOS COMUNES en un historial médico

LOS REGISTROS ESPECÍFICOS pueden incluir	TODOS LOS REGISTROS también incluirían:
<ul style="list-style-type: none"> • ANTECEDENTES MÉDICOS Y FÍSICOS • RESUMEN DEL ALTA (pacientes hospitalizados) • PATOLOGÍA • PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (radiografías, TC, IRM, medicina nuclear y ultrasonidos) • RESULTADOS DE LABORATORIO (prueba de sangre, prueba de orina, etc.) • NOTAS SOBRE EL PROGRESO (pacientes hospitalizados) • NOTAS CLÍNICAS (pacientes ambulatorios) • TERAPIA (física, ocupacional, del habla) • PRUEBAS DIAGNÓSTICAS MAYORES (ecocardiogramas, electroencefalogramas [EEG], pruebas de esfuerzo, colonoscopias, etc.) • Exámenes de cardiología • REPORTES OPERATIVOS 	<p>Registros específicos MÁS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÓRDENES DEL MÉDICO (pacientes hospitalizados) • NOTAS DE ENFERMERÍA Y DOCUMENTOS RELACIONADOS (pacientes hospitalizados) • REGISTROS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (pacientes hospitalizados) <p><i>Todos los registros son desde la fecha en que recibió el primer servicio hasta la fecha de hoy.</i></p> <p>** La sección Autorizaciones especiales en la página 1 necesita una firma y fecha adicionales para los servicios especiales que se indican.</p>