

INSTRUCCIONES: Por favor revise y complete este formulario cuidadosamente. Este formulario será procesado por registros médicos. Por favor envíe por correo o personalmente entregue este formulario completo a la siguiente dirección: Axis Community Health, Atención: Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Suite E, Pleasanton, CA 94566 o por fax al (925) 462-1650.

INFORMACION DEL PACIENTE		
Nombre:	Número de registro medico con Axis:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Teléfono:	Fecha de Solicitud:
Dirección:		
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER REVELADA POR:		
Nombre de la Clínica u Otro Proveedor:		
Número de Teléfono:		Numero de Fax:
INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA PUEDE SER REVELADA A:		
<input type="checkbox"/> <u>Paciente o Representante Personal</u> ¿Cómo quiere recibir sus registros? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Levantar en la clinica <input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> <u>Información de la Instalación</u> Nombre de la instalación _____ Atención: _____ Dirección: _____ _____ Número de Teléfono: _____ Numero de Fax: _____	
INFORMACION PERSONAL DE SALUD QUE SE REVELARA		
a. <input type="checkbox"/> Toda la información de salud relacionada con mi historial médico o dental, condición física o mental y tratamiento recibido; o <input type="checkbox"/> Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluyendo cualquier fecha) _____		
b. <input type="checkbox"/> Autorizo específicamente la publicación de los resultados de la prueba de VIH _____ (iniciales)		
PROPOSITO		
Propósito de la divulgación solicitada: <input type="checkbox"/> Petición del Paciente O <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Limitaciones, si hay alguna:		

MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negamiento no afectara mi capacidad de obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me solicita que permita su uso o divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: Axis Community Health, Attn: Departamento de Registros Médicos, 4361 Railroad Avenue, Suite E, Pleasanton CA 94566 o por fax al (925)462-1650. Mi revocación tendrá efecto una vez recibida, excepto en la o medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el recipiente. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegido por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información medica divulgarla a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación o sea específicamente requerida o permitida por la ley.

VENCIMIENTO

Si no revoco la autorización, esta autorización caducara 1 ano a partir de la fecha de la firma a continuación.

FIRMA

Nombre del paciente (imprimir): _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/Representante Legal)

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

***Adjunte un comprobante de su relación con el paciente (es decir, el Poder notarial) si no lo tenemos en nuestros archivos.**

Imprimir Nombre: _____
(Representante Legal)

Authorization Tracking Information

If request is for BH (MH/IBH/SUD) records, please have requestor complete the Authorization for Release of Behavioral Health Information.

<i>For Axis Use Only:</i>	
Date received:	Processed by:
Completion Date:	File Date: