



# Friends of Family Health Center

501 S. Idaho St.  
 La Habra, California 90631  
 Phone: 562-690-0400 Fax: 562-690-3182

## AUTORIZACION PARA SOLICITAR O DAR INFORMACIÓN MÉDICA

Ley de Confidencialidad de la información médica 1980, El artículo 56 y siguientes del Código Civil de California. California Welfare and Institution Código Sección 5328, las regulaciones Federal de Alcohol y Drogas.  
 Esta autorización para recibir o entregar la información indicada abajo de ustedes se solicita para cumplir con los términos correspondientes del código público y/o reglamento(s).

Nombre del Paciente: (otros nombres que se utilizan, de soltera o alias)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección del paciente:	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono
Miembro/Número de Expediente Médico	Grupo/Número de Pacientes	Nombre de su Pareja
<b>AUTORIZO (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)</b>		<b>PARA DAR A (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)</b>
Nombre del Médico/Practicante		Nombre de la Agencia, o Persona Solicitando Información
Nombre de Centro Médico		Nombre de Centro Médico
Dirección		Dirección
Ciudad, Estado, Código Postal		Ciudad, Estado, Código Postal
Teléfono y Fax		Teléfono y Fax

### DAR A CONOCER O COPIAR DE MI EXPEDIENTE (marque los que apliquen):

<input type="checkbox"/> Historia y examen físico _____	<input type="checkbox"/> Reportes de Cirugía _____	<input type="checkbox"/> Laboratorio _____
<input type="checkbox"/> Radiografía _____	<input type="checkbox"/> Reportes de Patología _____	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiografía _____
<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia/Atención Urgente _____	<input type="checkbox"/> Consulta _____	<input type="checkbox"/> Avances/Notas Médicas _____
<input type="checkbox"/> Vacunas _____	<input type="checkbox"/> Documentos Hospitalarios _____	<input type="checkbox"/> Muestra de Patología _____
<input type="checkbox"/> Registros sobre Alcohol Y Abuso de Drogas _____	<input type="checkbox"/> Resumen de salida hospitalaria _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> VIH _____	<input type="checkbox"/> Todo el expediente _____	

### LIMITO EL USO DE MI EXPEDIENTE A LAS SIGUIENTES PERSONAS (marque una):

<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Continuo	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador
<input type="checkbox"/> Otro reclamo de seguro medico _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Límites: _____

### ESTA AUTORIZACIÓN ENTRARA EN EFECTO INMEDIATAMENTE Y PERMANECERÁ EN VIGOR PARA:

- El paciente mencionado arriba
- El representante legal del paciente menor de edad nombrado arriba
- El representante legal del paciente incompetente nombrado anteriormente (deberá presentar la documentación legal)
- El beneficiario de representante personal del paciente nombrado anteriormente que ha fallecido (deberá presentar la documentación legal)

Yo entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Copia solicitada y recibida  Sí  No

**\* Autorización especial requerida para dar esta información.**

Estoy consciente que puede haber un costo para el trámite de esta autorización. También reconozco que el costo podría ser mi responsabilidad.

Iniciales del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha _____	Firma _____	Testigo _____
	Imprima su Nombre _____	Dirección (si no es el paciente) _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

