



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

Autorizo la divulgación de mi información personal de salud a las personas / entidad como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y confirmada por mis instrucciones. Por la presente doy permiso a Friends of Family Health Center para divulgar mi información personal de salud de la manera descrita aquí.

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
AUTORIZO (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)		PARA DAR A (LAS PERSONAS NOMBRADOS ABAJO)
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 y inicial en la línea):

<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"/> Vacunas _____	<input type="checkbox"/> Consulta _____	<input type="checkbox"/> Avances/Notas Médicas _____
<input type="checkbox"/> Registros de Alcohol Y Abuso de Drogas _____	<input type="checkbox"/> Documentos Hospitalarios _____	<input type="checkbox"/> Muestra de Patología _____
Fechas _____	<input type="checkbox"/> Resumen de salida hospitalaria _____	<input type="checkbox"/> Salud Mental _____
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA exámenes y resultados _____	<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia/Atención Urgente _____	Fechas _____
Fechas _____	<input type="checkbox"/> Todo el expediente _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

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

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 _____

