

Nombre del paciente: _____

Número de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

No usar para copias de las historias clínicas de los pacientes ni para el acceso a sus historias clínicas. Los pacientes deben ir a kp.org/requestrecords (cambie el idioma a español) para solicitar, según les resulte conveniente, las historias clínicas, la FMLA y las certificaciones de discapacidad.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**Para el siguiente destinatario externo (es posible que se requieran tarifas)****(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)**

Nombre del destinatario: _____			
Dirección: _____			
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	
Número de teléfono: (_____) _____		Correo electrónico: _____	

Esta divulgación se puede utilizar para los siguientes propósitos: ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Certificación médica ☐ Otro

Los registros hospitalarios y de consultorios médicos divulgados como parte de esta autorización pueden contener referencias relacionadas con la salud mental, las adicciones y las afecciones médicas del VIH documentadas por la atención médica primaria.

Autorizo que se divulgue lo siguiente durante el período seleccionado:

- ☐ Llenado del formulario (se puede divulgar un formulario sustituto o historias clínicas relevantes en su lugar)
☐ Historias clínicas ☐ Imágenes de diagnóstico ☐ Registros de facturación detallados ☐ Copagos de farmacia
☐ Copagos médicos

Período: Último ☐ 2 meses ☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 5 años ☐ Todos los registros electrónicos**Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la información protegida del departamento de tratamiento o del resultado de la prueba inicial del VIH. Si no se marca, se excluirá esta información del departamento de tratamiento.**

- ☐ Registros de tratamiento de salud mental ☐ Registros de tratamiento con medicamentos para adicciones
☐ Resultados de análisis de laboratorio de VIH

Las ubicaciones de Kaiser Permanente Oregon **también** deben marcar esta casilla si desean que se publique información de las pruebas genéticas. ☐

DURACIÓN: la autorización permanecerá en vigor durante 6 meses a partir de la fecha de la firma a continuación.**REVOCACIÓN:** usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización para futuras divulgaciones presentando una solicitud por escrito a la Unidad de Entrega de Información de su región de servicio que aparece en kp.org/requestrecords (cambie el idioma a español). Su cancelación no afectará a la información que se divulgó antes de la recepción de la solicitud por escrito.**NUEVA DIVULGACIÓN:** una vez que se divulgue esta información, es posible que no esté protegida de acuerdo con la ley federal de privacidad (HIPAA). Es posible que las leyes estatales u otras leyes federales exijan que el destinatario obtenga su autorización antes de una ulterior divulgación.

Kaiser Permanente no condicionará tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a la firma o no firma de esta autorización. Esta divulgación se hace a solicitud suya. Para los pacientes de Virginia, en su historia clínica se incluirá una copia de esta autorización y una nota que indica a quién se divulgó su información. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización debidamente completada.

Proporcionaremos la información solicitada en formato electrónico al destinatario a menos que el destinatario se comuniqué con nosotros para hacer otros arreglos.

Fecha

Firma

Si es representante personal, escriba su nombre y parentesco en letra de imprenta

Instrucciones:

- 1) Complete la información de identificación del paciente en la esquina superior derecha.
- 2) Complete toda la información requerida para el destinatario, incluida una dirección de correo electrónico válida.
- 3) Marque la casilla para el propósito de divulgación.
- 4) Marque las casillas que correspondan para el tipo de información que se divulgará y también marque la casilla para un período.
- 5) Si desea que se incluya información especialmente protegida, marque las casillas que correspondan.
- 6) Escriba la fecha en la que está firmando la autorización.
- 7) Firme el formulario.
- 8) Si es un representante personal, escriba su nombre y parentesco en letra de imprenta. Es posible que nos comuniquemos con usted para proporcionar documentación adicional si es necesario.
- 9) Envíe este formulario al tercero al que está autorizando para obtener registros.
- 10) Conserve una copia para su registro.

“Kaiser Permanente” significa tanto su compañía de seguros (un plan de salud de Kaiser Permanente) como sus médicos (un grupo médico o dental de Permanente). También incluye distintos grupos dependiendo de dónde viva.

Para encontrar información de contacto, vaya a kp.org/espanol y busque ubicaciones para su región o mercado que se enumeran a continuación o, alternatively, vaya a kp.org/requestrecords (cambie el idioma a español) e indique su región o mercado.

Todos los estados donde operamos:

- Kaiser Foundation Hospitals
- Kaiser Permanente Insurance Company

Colorado:

- Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
- Colorado Permanente Medical Group, P.C.

Georgia:

- Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
- The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

Atlántico medio (Maryland/Virginia/Washington, D.C.):

- Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
- Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C.

Washington:

- Kaiser Foundation Health Plan of Washington
- Washington Permanente Medical Group, P.C.

Norte de California:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Northern California Region
- The Permanente Medical Group, Inc.

Sur de California:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Southern California Region
- Southern California Permanente Medical Group

Hawaii:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región de Hawaii
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.
- Sistemas de salud de Maui

Noroeste (Oregon/SW Washington):

- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Northwest Permanente, P.C.
- Permanente Dental Associates, P.C.

Nombre del paciente: _____

Número de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

No usar para copias de las historias clínicas de los pacientes ni para el acceso a sus historias clínicas. Los pacientes deben ir a kp.org/requestrecords (cambie el idioma a español) para solicitar, según les resulte conveniente, las historias clínicas, la FMLA y las certificaciones de discapacidad.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE**Para el siguiente destinatario externo (es posible que se requieran tarifas)****(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)**

Nombre del destinatario: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: (_____) _____ Correo electrónico: _____	

Esta divulgación se puede utilizar para los siguientes propósitos: ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Certificación médica ☐ Otro

Los registros hospitalarios y de consultorios médicos divulgados como parte de esta autorización pueden contener referencias relacionadas con la salud mental, las adicciones y las afecciones médicas del VIH documentadas por la atención médica primaria.

Autorizo que se divulgue lo siguiente durante el período seleccionado:

- ☐ Llenado del formulario (se puede divulgar un formulario sustituto o historias clínicas relevantes en su lugar)
☐ Historias clínicas ☐ Imágenes de diagnóstico ☐ Registros de facturación detallados ☐ Copagos de farmacia
☐ Copagos médicos

Período: Último ☐ 2 meses ☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ 2 año ☐ 5 años ☐ Todos los registros electrónicos**Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la información protegida del departamento de tratamiento o del resultado de la prueba inicial del VIH. Si no se marca, se excluirá esta información del departamento de tratamiento.**

- ☐ Registros de tratamiento de salud mental ☐ Registros de tratamiento con medicamentos para adicciones
☐ Resultados de análisis de laboratorio de VIH

Las ubicaciones de Kaiser Permanente Oregon **también** deben marcar esta casilla si desean que se publique información de las pruebas genéticas. ☐

DURACIÓN: la autorización permanecerá en vigor durante 6 meses a partir de la fecha de la firma a continuación.**REVOCACIÓN:** usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización para futuras divulgaciones presentando una solicitud por escrito a la Unidad de Entrega de Información de su región de servicio que aparece en kp.org/requestrecords (cambie el idioma a español). Su cancelación no afectará a la información que se divulgó antes de la recepción de la solicitud por escrito.**NUEVA DIVULGACIÓN:** una vez que se divulgue esta información, es posible que no esté protegida de acuerdo con la ley federal de privacidad (HIPAA). Es posible que las leyes estatales u otras leyes federales exijan que el destinatario obtenga su autorización antes de una ulterior divulgación.

Kaiser Permanente no condicionará tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a la firma o no firma de esta autorización. Esta divulgación se hace a solicitud suya. Para los pacientes de Virginia, en su historia clínica se incluirá una copia de esta autorización y una nota que indica a quién se divulgó su información. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización debidamente completada.

Proporcionaremos la información solicitada en formato electrónico al destinatario a menos que el destinatario se comuniqué con nosotros para hacer otros arreglos.

Fecha _____

Firma _____

Si es representante personal, escriba su nombre y parentesco en letra de imprenta _____