



Nota: Se podrían aplicar cargos a determinadas solicitudes

Uso o divulgación: Por la presente autorizo a (*seleccione la entidad o ubicación de JMH apropiada abajo*):

- John Muir Health Walnut Creek John Muir Health Concord
 John Muir Health Behavioral Health Center
 John Muir Physician Network Practice Office (indique la dirección del consultorio a continuación):

 Otros (especifique): _____

Para revelar información de salud a:

Nombre de la persona o centro de salud que recibirá la información (dirección completa):

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Zip:

Correo electrónico: _____

El propósito de este comunicado es (marque uno o más):

- Continuidad de la atención o planificación del altag
 Facturación y pago de factura
 A petición del paciente/ representante del paciente
 Otro (explique razón) _____

Limitaciones, según corresponda:

Beneficiarios adicionales (solo solicitudes de comportamiento):

Psiquiatra: _____ Terapeuta _____ TCP _____ Otros: _____

Formato solicitado: Papel CD/DVD cifrado Correo electrónico cifrado

Preferencia de entrega: Correo Recoger Correo electrónico cifrado
 MyJohnMuirHealth Portal

Por favor, especifique la información de salud cuya revelación usted autoriza.

Tipo(s) de información de salud: _____

Fecha(s) de tratamiento: _____

La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente cuando marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación: (llene los espacios en blanco con su inicial)

- _____ Informa**ción** relativa a abuso de drogas y alcohol, diagnóstico o tratamiento (42 C.F.R. Parte 2).
 _____ **iniciales**
 _____ Informa**ción** sobre diagnóstico o tratamiento de salud mental (Código de bienestar e
 _____ **iniciales** instituciones §5328, et seq.)
 _____ Revela**ción** de resultados de pruebas de VIH (Código de salud y seguridad §120980(g)).
 _____ **iniciales**
 _____ Libera**ción** de información sobre pruebas genéticas (Código de salud y seguridad §124980(j)).
 _____ **iniciales**

Vencimiento: Esta autorización se vence en fecha: _____. Si se deja en blanco, la autorización se vencerá en 1 año desde la fecha de la firma.

Firma: _____ **Fecha:** ____ **Hora:** ____ **Teléfono:** _____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del solicitante en letra de imprenta (si no es el paciente): _____

Relación con el paciente: Representante legal Cónyuge Padre Tutor legal
 Curador legal Beneficiario

RELS-36SP (2/12/16)

ID VERIFICATION (TYPE)

PATIENT LABEL



JOHN MUIR
HEALTH

ID VERIFIED BY

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

PRINT NAME:

DOB:

MRI:

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH

Autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación y/o uso de la información sobre su salud. Si no proporciona toda la información solicitada esta autorización podría quedar invalidada. Envíe el formulario completado a la entidad John Muir Health apropiada donde se prestaron los servicios o tratamiento. Para solicitar información sobre el estado de su solicitud, llame al número de teléfono del departamento de Gestión de información de la entidad de salud correspondiente enumerada a continuación.

Dirección de tratamientos/servicios	Lugar para presentar solicitudes
John Muir Health, Concord Campus 2540 East Street Concord, CA 94520	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 674-2322 FAX: (925) 674-2317
John Muir Health, Walnut Creek Campus 1601 Ygnacio Valley Road Walnut Creek, CA 94598	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 947-5375 FAX: (925) 947-3235
John Muir Health, Behavioral Health Center 2740 Grant Street Concord, CA 94520	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 674-4105 FAX: (925) 692-5741
Prácticas médicas de la red John Muir	Gestión de información sobre salud 5003 Commercial Circle, Concord CA 94520 (925) 941-2655 FAX: (925) 947-3235

Mis derechos

- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me ha solicitado para permitir su uso o revelación.
- Me puedo negar a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mis posibilidades de recibir tratamientos o elegibilidad para beneficios de pago, excepto en las siguientes circunstancias:
 - o Cuando la autorización sea para efectos de elegibilidad, inscripción, suscripción o determinación de calificación de riesgo.
 - o Cuando el único propósito de crear la información de salud protegida solicitada sea divulgarla a un tercero.
 - o Para tratamientos relacionados con investigaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y firmada por mí o por un representante legal autorizado y entregada a la entidad John Muir Health apropiada y en el lugar en el que se presentó la solicitud de autorización original (ver arriba). Mi revocación entrará en efecto una vez recibida, salvo en la medida en que otras partes hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría revelarse a su vez por el destinatario. Dicha nueva divulgación, en algunos casos, no está prohibida por las leyes de California y pudiera no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben a la persona que recibe mi información de salud que divulgue dicha información, a menos que yo mismo(a) le otorgue otra autorización para tales efectos o que tal divulgación sea permitida, o exigida por la ley.

RELS-36SP (2/12/16)



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - SPANISH
 WHITE - CHART YELLOW - PATIENT

ID VERIFICATION (TYPE)

ID VERIFIED BY

PATIENT LABEL

PRINT NAME:

DOB:

MRI: