



Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 1 of 6

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Cuando llene y firme este formulario, se divulgará su información médica según lo descrito por usted en este documento. Antes de firmarlo, lea detenidamente cada sección y llene las secciones que se requieran. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación a terceros. Escriba con letra clara y legible toda la información requerida en este formulario, y luego fírmelo en la última página.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ **Primer nombre:** _____ **Inicial segundo nombre:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Teléfono:** _____

SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN

Marque la casilla correspondiente a la institución u otros proveedores de salud autorizados para **divulgar** la información:

<input type="checkbox"/> Stanford Health Care 300 Pasteur Drive Stanford, CA 94305 T: 650-723-5721 • F: 650-725-9821	<input type="checkbox"/> Stanford Medicine Partners 7999 Gateway Blvd #200 Newark, CA 94560 T: 510-731-2675 • F: 510-731-2643
<input type="checkbox"/> Stanford Health Care Tri-Valley 5555 W. Las Positas Blvd. Pleasanton, CA 94550 T: 925-373-8019 • F: 925-373-4126	Especifique la clínica Nombre: _____ Dirección: _____

Especifique el nombre de la única persona o institución autorizada a recibir su información médica:

DIVULGAR A: _____
(Persona/organización autorizada a recibir la información)

en la siguiente dirección: _____
(Calle)

(Ciudad, estado y código postal)



Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

SECCIÓN C: LA INFORMACIÓN MÉDICA

Describa específicamente cuál información médica desearía que se divulgara. Hay cierto tipo de información médica específica que requiere su autorización de divulgación indicada por separado. Algunos ejemplos de este tipo de información son los resultados de pruebas de detección del VIH o de trastornos hereditarios, uso de servicios de planificación familiar y cierta información sobre salud mental. Si desea que dicha información se divulgue, deberá indicarlo por separado en las casillas C.2, C.3, C.4 y C.5 a continuación. **Para autorizar la divulgación de la información descrita, debe marcar cada casilla y escribir sus iniciales al lado. De no hacer esto y solo marcar la sección C.1, la información descrita en las siguientes secciones (C.2-5) no será divulgada.**

C.1: Divulgación de información médica general

Aclaración: Esta sección también autoriza la divulgación de expedientes clínicos de salud mental, excepto los que se describen en la sección C.2.

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si desea que se divulgue información sobre fechas específicas en las que se le prestaron servicios, y no su expediente médico completo.

Indique las fechas de los servicios: _____

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si desea describir en más detalle la información médica que quiere divulgar. Descríbala aquí: _____

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si desea que se divulgue su expediente médico completo.

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si desea que se divulguen las copias digitales de sus radiografías por medio de discos compactos (CD/DVD).

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si desea que se divulguen sus registros de facturación.

C.2: Información sobre salud mental

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si ha estado internado(a) en las unidades G2 o H2 del hospital (Stanford Health Care) o la unidad Legends (Stanford Health Care Tri-Valley) para recibir servicios psiquiátricos y si desea que se divulgue esta parte de su expediente. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

_____ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido servicios psiquiátricos ambulatorios en la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria de Stanford Health Care (SHC) cuya dirección es 401



Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 3 of 6

Quarry Road, Palo Alto, CA, y desea que se divulguen estos expedientes. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si ha recibido servicios psiquiátricos ambulatorios en la Clínica Ambulatoria Arrillaga de Psicología del Deporte cuya dirección es 341 Galvez Street, Stanford, CA, y desea que se divulguen estos expedientes. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

AVISO IMPORTANTE SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Si usted recibió servicios de salud mental, por ejemplo una consulta psiquiátrica, cuando estuvo internado(a) en alguna de las unidades de psiquiatría del hospital que no haya sido la unidad G2 o H2 (Stanford Health Care) ni la unidad Legends (Stanford Health Care Tri-Valley), o cuando fue paciente ambulatorio en una de las clínicas ambulatorias que no haya sido la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria en 401 Quarry Road, Palo Alto, CA, ni la Clínica Arrillaga de Psicología del Deporte en 341 Galvez Street, Stanford, CA, se divulgarán las notas sobre salud mental que aparezcan en su expediente general si usted marcó casillas de la sección C.1. Divulgaremos toda la información que esté en su expediente general, tal como lo haya indicado en la sección C.1. Dicha información puede incluir notas sobre salud mental si usted fue atendido(a) en otros centros que no hayan sido la unidad psiquiátrica del hospital ni la clínica psiquiátrica ambulatoria. No excluirémos ni editaremos la información que esté en el expediente general (incluidas las notas sobre salud mental) para las divulgaciones que usted autorice en la sección C.1. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación.

C.3: Resultados de las pruebas de detección del VIH

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si le han hecho pruebas para detectar el VIH y desea que se divulguen esos resultados.

C.4: Resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si le han hecho pruebas para detectar trastornos hereditarios y desea que se divulguen esos resultados. Entre las pruebas de detección de trastornos hereditarios se incluyen los expedientes de pruebas prenatales, neonatales, y pruebas realizadas durante la infancia y la adultez. También se incluyen los servicios relacionados de asesoramiento en genética que fueron provistos por el Departamento de Asesoramiento en Genética (todos los resultados de pruebas y expedientes generados como parte del Programa de Trastornos Hereditarios). La divulgación de esta información podría implicar los siguientes riesgos: la divulgación subsiguiente, por parte del destinatario, de los resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios; y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral. La divulgación de esta información podría implicar los siguientes beneficios: la predeterminación de enfermedades genéticas, la coordinación de la atención médica y opciones de tratamiento. Hable con su médico acerca de los riesgos y beneficios de pruebas específicas.



Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

C.5: Servicios de planificación familiar

_____ Marque la casilla **y escriba sus iniciales** al lado si ha recibido los servicios del programa de California para el acceso, cuidado y tratamiento para la planificación familiar (*California Family Planning, Access, Care and Treatment, FPACT*) y desea que se divulgue esta información. Entre los servicios del programa FPACT pueden figurar servicios clínicos, fármacos y servicios de suministro o servicios de laboratorio de la clínica ginecológica (GYN) o la clínica de endocrinología obstétrica e infertilidad (REI). Si una persona menor de edad ha recibido servicios de planificación familiar, la divulgación de estos expedientes requiere la autorización de dicha persona.

SECCIÓN D: FORMATO(S) DE ENTREGA

Deseo que la información se divulgue de la siguiente forma: (*Seleccione solo una opción*)

- Copia en papel CD/DVD Archivo electrónico en PDF

Deseo que esta información se divulgue por el siguiente método: (*Seleccione solo una opción*)

- Correo
 Fax (Solicitudes de atención continuada solamente) Anote el número de Fax: _____
 Correo electrónico seguro. Anote el correo electrónico: _____
 MyHealth

SECCIÓN E: MOTIVO

Indique el motivo por el cual desea que su información médica sea divulgada.

- Marque aquí si usted es el paciente y no quiere explicar el motivo.
 Marque aquí si la divulgación no es para el paciente, y explique el motivo de la misma aquí:





Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

SECCIÓN F: VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá al año (1 año) de haber sido firmada, a menos que se especifique otra fecha: _____
(anote la fecha)

SECCIÓN G: SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

- Usted puede negarse a firmar esta autorización. El negarse no afecta su capacidad de recibir tratamiento o pagos del seguro, ni hace que se lo excluya para recibir beneficios.
- Podrá revocar esta autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección: Stanford Health Care, 300 Pasteur Drive, MC 6330, Stanford, CA 94305. Su revocación entrará en efecto tras ser recibida, salvo en la medida en que terceros ya hayan actuado de conformidad con esta autorización.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario. En algunos casos, es posible que la divulgación subsiguiente de la información no esté protegida por las leyes estatales o federales. Tenga en cuenta que, si desea imponer restricciones en cuanto al uso de la información médica por parte del destinatario, debe comunicarse directamente con el mismo.

SECCIÓN H: ADVERTENCIAS ANTES DE FIRMAR

- La información médica que se divulgará luego de que usted haya firmado esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario. Si esto ocurre, es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.
- Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación a terceros.
- La divulgación de esta información podría implicar ciertos riesgos, por ejemplo: su divulgación subsiguiente por parte del destinatario, y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral.
- Si tiene preguntas sobre este formulario de autorización o sobre la divulgación de su información médica, antes de firmarlo llame al Departamento de HIMS de Stanford Health Care al 650-723-5721 o al Departamento de HIMS de Stanford Medicine Partners al 510-731-2675 o al Departamento de HIMS de Stanford Health Care Tri-Valley al 925-373-8019.



Stanford Health Care
300 Pasteur Drive
Stanford, CA 94305
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 6 of 6

SECCIÓN I: CONFIRMAR AUTORIZACIÓN

Para autorizar a Stanford Health Care, Stanford Medicine Partners y/o Stanford Health Care Tri-Valley a divulgar su información tal como se indica en este formulario, firmelo y escriba la fecha.

Nombre del paciente (letra de molde): _____
Name of Patient (please print)

Nombre del representante legal que firma este formulario, si corresponde (letra de molde): _____
Name of legal representative signing this form, if applicable (please print)

Parentesco/relación con el paciente: _____
Relationship to Patient

Dirección del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra de molde): _____
Address of patient or legal representative signing this form (please print)

Teléfono del paciente o del representante legal que firma este formulario: _____
Phone number of patient or legal representative signing this form

Si usted no es el paciente y está firmando este formulario de autorización, describa qué autoridad tiene para firmar en nombre del paciente y **PRESENTE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL PROBATORIA QUE CORRESPONDA:**

Firma del paciente o del representante legal: *Signature of Patient or legal representative*
Fecha/Date: _____

DEBE ENTREGARSE AL SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

SECCIÓN J: Si decide enviar este formulario por correo postal, seleccione una de las siguientes direcciones:

<input type="checkbox"/> Stanford Health Care Health Information Mgmt., MC 6330 300 Pasteur Drive Stanford, CA 94305 T: 650-723-5721 • F: 650-725-9821	<input type="checkbox"/> Stanford Health Care Tri-Valley Health Information Management 1111 East Stanley Blvd. Livermore, CA 94550 T: 925-373-8019 • F: 925-373-4126
<input type="checkbox"/> Stanford Medicine Partners Health Information Management Services 7999 Gateway Blvd #200 Newark, CA 94560 T: 510-731-2675 • F: 510-731-2643	Espacio en blanco

Patient/Representative Identification Verified: **Staff Initials:** _____

Dept.: _____

(For Office Use Only)