

La finalización de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de su información médica.

nombre del paciente: _____ fecha de nacimiento: ____/____/____
dirección: _____
teléfono: (____) ____-____ nº de seguridad social: ____-____-____

Por la presente, autorizo Rancho Paseo Medical Group
264 N. Highland Springs Ave., Suite 4
Banning CA 92220
Tel: (951) 769-0079 Fax: (888) 854-7592

- Theodore Wyman, MD
- Alan Valenzuela, PA
- Candice Lee-Wang, MD
- Patrick Black, PT
- Carol Remigio, NP
- Frederick Lloyd, MD

para **SOLICITAR** mi información de salud de

para **LIBERAR** mi información de salud a

nombre del PAP/clínica: _____
dirección: _____
teléfono: (____) ____-____ fax: (____) ____-____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

- TODA mi información de salud relacionada con mi historial médico, condición mental y / o física

OR

- Sólo los siguientes registros o tipos de información de salud: *(Por favor incluya las fechas de tratamiento.)*

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información: *(Favor, marque todas las casillas correspondientes.)*

- tratamiento de salud mental Resultados de la prueba del VIH información sobre el tratamiento del alcohol / drogas

Propósito del uso o divulgación solicitada: solicitud del paciente continuidad de la atención

Fecha de caducidad: ____/____/____ *(Esta autorización expirará en 6 meses a menos que se indique lo contrario.)*

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicite permitir.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: **Rancho Paseo Medical Group, 264 N. Highland Springs Ave., Suite 4, Banning, CA 92220.**
- Mi revocación entrará en vigencia a partir de la recepción, excepto en la medida en que otros hayan actuado en virtud de esta autorización.
- Tengo derecho y recibiré una copia de esta autorización.
- La divulgación informada de conformidad con esta autorización podría ser re-divulgada por el destinatario. Dicha re-divulgación en algunos casos no está protegida por la ley de California y la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés).

nombre del Paciente
(Por favor, escriba en letras.)

nombre de la Parte Responsable
(si es diferente del nombre del paciente)
(Por favor, escriba en letras.)

firma del Paciente y/o Parte Responsable

____/____/____
fecha

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, seleccione su relación legal con el paciente:

- Padre Tutor Cónyuge Representante Parte Financieramente Responsable