

**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