

# AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA RIDGECREST REGIONAL HOSPITAL

Dirección: 1081 N. China Lake Blvd. Ridgecrest CA 93555 Teléfono: 760-499-3668 Correo electrónico: MedicalRecords@rrh.org

Al completar este documento, autoriza la revelación y el uso de su información médica. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta Autorización.

**Si no ha recibido una respuesta a su solicitud en 10 días, llámenos de inmediato al 760-499-3668**

## USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de expediente médico # \_\_\_\_\_  
Dirección actual: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_  
Uso de la información: Por la presente, autorizo al Ridgecrest Regional Hospital a revelar la información indicada abajo a: **(Indique la persona/organización autorizada para recibir esta información.)**  
Nombre de la persona o institución: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Número de fax: ( ) \_\_\_\_\_

## FORMATO PARA RECIBIR LOS EXPEDIENTES:

Seleccione el formato:  Impreso  Electrónico

Seleccione el método:  CD  Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Fax:  \_\_\_\_\_ Enviar por correo a la dirección anterior:  Pasar a recoger:

## PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN

Uso personal  Escolar  Discapacidad/Seguro social  Atención médica continua  
 Seguro  Legal  Militar  Otro  
(especifique): \_\_\_\_\_

## TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ

Especifique la(s) fecha(s) de tratamiento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 **Hospital:** Información pertinente de la visita al hospital: (Resumen del alta, antecedentes médicos y examen físico, informe del Departamento de Urgencias, informe quirúrgico, consultas, resultados de exámenes (laboratorio, radiología, cardiología, patología), electrocardiograma/electroencefalograma, estudio del sueño)  **Visita al Departamento de Urgencias**  **Visita quirúrgica**  
 **Película/CD de radiología**  **Historia clínica completa**  
 **Otro (especifique)** \_\_\_\_\_  
**Clínicas:**  Nota del consultorio  Resultados de pruebas  Dental  Otro \_\_\_\_\_

\* Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información:  Resultados de la prueba de VIH  
 Prueba de VIH  Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas  
 Información sobre el tratamiento de salud mental

**Se requiere una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de las notas de psicoterapia.**



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF MEDICAL  
INFORMATION --SPANISH

# AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA RIDGECREST REGIONAL HOSPITAL

Dirección: 1081 N. China Lake Blvd. Ridgecrest CA 93555 Teléfono: 760-499-3668 Correo electrónico: MedicalRecords@rrh.org

Al completar este documento, autoriza la revelación y el uso de su información médica. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta Autorización.

**Si no ha recibido una respuesta a su solicitud en 10 días, llámenos de inmediato al 760-499-3668**

## VENCIMIENTO

Esta autorización vence (no debe superar los 12 meses): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (día/mes/año)  
Si no se proporciona una fecha, esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firmó la autorización.

## MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta Autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener un tratamiento, un pago o la posibilidad de recibir prestaciones. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o revelación se me pide. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección:

**Ridgecrest Regional Hospital  
Health Information Management  
1081 N. China Lake Blvd., Ridgecrest, CA 93555.  
Correo electrónico: MedicalRecords@rrh.org**

Mi revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, salvo en la medida en que otros hayan actuado en función de esta Autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. La información revelada en virtud de esta Autorización podría ser revelada de nuevo por el destinatario. Esta última revelación, en algunos casos, no está protegida por la ley de California y puede dejar de estar protegida por la HIPAA.

Firma (firme abajo)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Representante/Cónyuge/Responsable financiero)

Indique la relación legal si lo firma alguien que no sea el paciente:: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

## RELEASE OF DOCUMENTATION (Staff Use Only)

Picked Up By: \_\_\_\_\_

ID Checked: \_\_\_\_\_ Driver's License: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Released by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF MEDICAL  
INFORMATION-SPANISH