

Healdsburg District Hospital
1375 University Avenue
Healdsburg, CA. 95448
Ph: 707-431-6470 Fax: 431-6575

Healdsburg Primary Care
1312 Prentice Drive
Healdsburg, CA 95448
Ph: 707-433-3383 Fax: 433-7210

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo el uso y divulgación de la información de salud protegida acerca del paciente de arriba de la siguiente manera:

- A. Nombre de la persona, clase de personas, u organización autorizadas a hacer el uso o divulgación requeridos: _____
- B. Nombre de la persona, clase de personas, u organizaciones autorizadas a recibir y usar mi información de salud protegida: _____

C. Descripción de la información protegida del paciente a ser usada o divulgada:

D. La información protegida de salud del paciente será usada o divulgada con el siguiente propósito(s): _____

[Si es necesario, adjunte más páginas]

Entiendo que tengo los siguientes derechos respecto a esta Autorización:

1. Se le prohíbe al recipiente de la información protegida de salud la redivulgación de la misma a menos que el recipiente obtenga otra autorización mía o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
2. Puede no requerirse la firma de esta Autorización como condición para obtener tratamiento o el pago o mi elegibilidad para los beneficios.
3. El Hospital del Distrito de Healdsburg me dará una copia de esta Autorización.
4. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo o entregando personalmente un aviso de revocación firmado, por escrito al Hospital del Distrito de Healdsburg en 1375 University Avenue, Healdsburg, CA. 95448. Tal revocación será efectiva al recibo de la misma, excepto para el caso que el recipiente haya ya tomado medidas basadas en esta Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

5. Tengo el derecho a que me avisen si el Hospital del Distrito de Healdsburg va a usar o divulgar la información protegida de salud con fines de mercadotecnia y recibir el pago correspondiente por el uso o divulgación de mi información protegida de salud.

Esta Autorización vence el: _____

Firma del Paciente/Autoridad
Representante Personal*

Autoridad Representante Personal
Actúa en nombre del Paciente

Nombre en imprenta

Dirección y Número de Teléfono del
Paciente /Representante Personal

Fecha

*El "Representante Personal" es uno de los siguientes:

- Para un adulto incompetente:
 - Un protector de la persona del paciente
 - Un agente designado por el paciente por poder para la atención de salud.
- Para un menor que no tiene autoridad legal especial para firmar una autorización:
 - Padre
 - Guardián
 - Cualquier otra persona *in loco parentis*
- Cualquier otro individuo que tenga autoridad legal para tomar decisiones relacionadas con la atención de salud en nombre del paciente (por ejemplo, la persona que sea pariente más próximo de un residente en una enfermería de alta complejidad; la persona responsable de mantener financieramente al paciente); o
- Un ejecutor o administrador del testamento del paciente o cualquier beneficiario en posición de heredar patrimonio del paciente, en caso de que el paciente muera