Esta autorización para recibir o entregar información médica se solicita de ustedes para cumplir con los términos del Confidentiality of Medical Information Act of 1981, section 56, et seq., del Código Civil de California.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SS #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del Paciente

Por la presente autorizo el uso, la divulgación o la solicitud de mi información de salud de la siguiente manera:
Organización autorizada para usar o divulgar la información:

Rosita Cortizo Psy.D, MFT, MA

(619) 920-1638

Clínica Privada

Organización autorizada para recibir la información:

Community Health Group/ George Scolari

740 Bay Blvd., Chula Vista, CA 91910

Tel: (800) 404-3332 Fax: (877) 862-7603

Esta autorización aplica a la siguiente información. He indicado a continuación la información que yo autorizo que se divulgue:

[ ]  Registros Médicos [ ]  Registros Dentales [ ]  Registros de Salud Mental [ ]  Registros de Abuso de Alcohol

[ ]  Registros de Abuso de Drogas [ ]  Reportes de Rayos X [ ]  Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA,

 o prueba o la infección con Registros de VIH)

[ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta autorización será efectiva desde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y permanecerá en efecto hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no es completada, la autorización será valida por solo 90 días después de haber sido firmada.

Mi información de salud será utilizada únicamente para los siguientes propósitos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se me permite inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide para usar o divulgar.
Copia pedida y recibida: Si [ ]  No [ ]  Iniciales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El solicitante de la información de mi condición no podrá poner condiciones en el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud en una autorización firmada a menos que:

* La autorización sea para recibir tratamiento como parte de una investigación.
* A fin de determinar la obligación del solicitante para pagar una reclamación.
* El propósito de la autorización es permitir la creación de información con la finalidad específica de la revelarla a un tercero.

Me puedo negar a firmar la autorización o la puedo revocar en cualquier momento. Mi revocación deberá ser por escrito, firmada por mí o a mi nombre, y entregada a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La revocación tendrá efecto inmediato, pero no podrá ser retroactiva. [ ]  Deseo revocar esta autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si firma alguien que no sea el paciente, indique su relación legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*En caso de que usted haya autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su carácter confidencial, puede ser divulgada y tal vez no podrá ser protegida. La ley de California prohíbe al solicitante de hacer más divulgación a menos que reciba otra autorización de usted o a menos que dicha revelación sea permitida por la ley.*