



### Autorización Para Utilizar O Declaración De Información de Salud

Al completar este documento, se autoriza revelar detalles de mi estado de salud y/o utilizar dicha información. Falta de proporcionar toda la información requerida puede anular la autorización.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**I. Declaración y Uso de Información de Salud:** Y autorizo a, Persona/ o Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono/ Fax \_\_\_\_\_

A proporcionar a East Bay Perinatal Medical Associates, en la siguiente clínica ...

- 350 30<sup>th</sup> Street, Suite 208, Oakland, CA, 94609 (510) 444-0790 (510) 869-6225
- 5730 Telegraph Ave., Suite 117, Oakland, CA 94609 (510) 204-1507 (510) 601-7092
- 9260 Alcosta Blvd. Suite 17A, Bldg. C, San Ramon, CA 94583 (925) 803-2222 (925) 803-2223
- 2191 Mowry Ave., Suite 500-E, Fremont, CA 94538 (510) 794-4790 (510) 794-4601
- 2648 International Blvd., 7<sup>th</sup> Floor, Oakland, CA 94601 (510) 437-8060 (510) 437-8064
- 3232 Elm St. Suite B, Oakland, CA 94609 (510) 652-8881 (510) 419-4915

**O**

Yo autorizo a, East Bay Perinatal Medical Associates a que proporcionen a:

Persona/o Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono/Fax \_\_\_\_\_

...la siguiente información:

- Toda la información relacionada con mi historial médico; condición física, mental y tratamiento recibidos.
- Solamente los siguientes datos o tipos de información médica (incluyendo fechas):

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

**O**

Yo autorizo a que den solamente la siguiente información (escoga apropiadamente):

- Información del tratamiento y cuidado mental
- Resultados de la prueba VIH
- Información del tratamiento por uso de Alcohol/drogas

NOTA: Otra autorización específica se requiere para proporcionar notas de psicoterapia.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Continued)

## 2. PRÓPOSITO

La razón por la cual se pide autorización o declaración:

- La Paciente lo pide
- Otra razón (por favor especifique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. VENCIMIENTO

Esta autorización es válida de inmediato y por el resto de un año desde la fecha que se ha firmado, a menos que otra fecha se especifique en este documento: [de fecha]: \_\_\_\_\_

## 4. RESTRICCIONES

La ley del estado de California prohíbe al receptor a dar información adicional de su salud a menos que el receptor obtenga otra autorización suya o solamente si la autorización es permitida por ley. Esta protección estatal no incluye a receptores fuera del estado de California.

## 5. SUS DERECHOS

- ✓ Yo tengo el derecho de no firmar esta autorización si no quiero, sin que afecte de ninguna manera mi cuidado o tratamiento o pagos o beneficios.
- ✓ Yo puedo revisar o obtener una copia de la información de mi salud que se me ha pedido permitir utilizar o proporcionar.
- ✓ Yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, pero lo tengo que hacer por escrito y presentarlo a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La cancelación tomara efecto tan pronto sea recibida, excepto en el caso que otros ayan actuado de acuerdo a esta autorización.

- ✓ Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

## 6. FIRMA

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente/representante/esposo/pagador)

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

NOTA: Si este documento es firmado por otra persona que no es la paciente, por favor indique su relación legal con la paciente:

\_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_