



SAN DIEGO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

Medical Services Division

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida
(solicitud de divulgación de información)

Autorizo a (parte divulgadora):

Divulgar a (parte receptora):

Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Ciudad/Estado	Ciudad/Estado
Teléfono	Teléfono
Fax	Fax

Esta divulgación puede utilizarse para el (los) siguiente(s) propósito(s):

Continuidad de la atención médica Uso personal Reclamo de programa de beneficio público/discapacidad Legal Otros usos o limitaciones específicos:

Indique una de las siguientes opciones:

Fecha(s) de servicio solicitado: _____

o número(s) de registro solicitado(s): _____

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) para la atención médica recibida por cualquier enfermedad, afección y lesión durante la(s) fecha(s) de servicio o el (los) número(s) de registro que se indican más arriba; **Q** la divulgación solo de los siguientes registros médicos específicos de la(s) fecha(s) de servicio o el (los) número(s) de registro que se indican más arriba: _____.

Asimismo, comprendo que la PHI sensible, como los registros de salud mental, los registros de abuso de alcohol/drogas y los resultados de las pruebas de VIH **no** se incluirán en esta autorización de solicitud de divulgación de información, **a menos que** la información sensible se indique específicamente a continuación.

Marque las casillas de la información sensible que autoriza con esta solicitud de divulgación de información:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABUSO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH |
| <input type="checkbox"/> REGISTROS DE SALUD MENTAL | <input type="checkbox"/> Otros: |

Nota: Se requiere una autorización escrita por separado para la divulgación de los resultados de cada prueba de VIH.

Duración: Esta autorización vence en doce (12) meses o en la siguiente fecha:

Formato de registros médicos: En papel (predeterminado) Electrónico (CD)

COPIA DE LA ROI: Comprendo que tengo derecho a tener una copia de esta solicitud de divulgación de información y que una copia completada de este formulario es tan válida como el original.

DIVULGACIONES ADICIONALES: Las leyes de California prohíben a la persona que recibe mi información de salud hacer divulgaciones adicionales de esta, a menos que se obtenga autorización para dichas divulgaciones o a menos que dichas divulgaciones estén exigidas o permitidas específicamente por ley.

SAN DIEGO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT
MEDICAL SERVICES DIVISION

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
N.º de registro: _____
Fecha: (mm-dd-aa) _____



SAN DIEGO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT

Medical Services Division

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida
(solicitud de divulgación de información)

REVOCACIÓN: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la División de Servicios Médicos del Departamento del Sheriff del Condado de San Diego por escrito.

AVISOS:

- Comprendo que el Departamento del Sheriff del Condado de San Diego no puede condicionar el tratamiento a la firma de esta autorización.
- Los registros médicos divulgados de conformidad con esta autorización por escrito pueden contener referencias a la salud mental, el abuso de alcohol/sustancias y el VIH.
- Esta autorización será inválida si: no está firmada por el paciente o el representante personal del paciente; la fecha de vencimiento ha pasado; el formulario está incompleto; o el formulario de autorización ha sido revocado por escrito por el paciente o un representante personal del paciente.
- Si se requieren los registros médicos para continuar la atención de su proveedor una vez que usted sea liberado, indique a su proveedor como parte receptora, y esté recibirá los registros médicos que se especifican en el formulario de solicitud de divulgación de información firmado, sin costo.
- Las solicitudes de registros de salud mental pueden ser denegadas. Sin embargo, los registros de salud mental pueden proporcionarse a otros proveedores según se designe en su solicitud de divulgación de información, sin costo.
- Un formulario de solicitud de divulgación de información puede enviarse por correo o por fax a:

San Diego County Sheriff's Department
Attn: Medical Services Division
5530 Overland Ave. Ste. 370
San Diego, CA 92123
Teléfono: 858-974-5848
Fax: 858-974-5854

- Pueden aplicarse tarifas para determinadas solicitudes de registros médicos. Se cobrará una tarifa de veinte centavos (\$0.20) por página para las divulgaciones de registros en papel solicitadas para uso personal (o \$5 por las copias en CD). Si se aplican tarifas, se le enviará una factura. Coordine para que se envíe un cheque de caja o un giro postal a la dirección antes mencionada, pagadero al Departamento del Sheriff del Condado de San Diego. Los registros médicos solicitados se enviarán a la parte autorizada una vez que se reciba el pago.

Nombre del paciente		Apellido		Número de JIMS	
Firma del paciente (u otro representante autorizado)	Fecha	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Número de CDCR (si está disponible)	
Si no está firmado por el paciente, especifique en qué se basa la autoridad para firmar:					
<input type="checkbox"/> Apoderado para atención médica (adjunte una copia de esa autorización)					
<input type="checkbox"/> Curador, beneficiario o representante legal (adjunte una copia del documento legal)					
<input type="checkbox"/> Otro (adjunte una copia del documento)					

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
N.º de registro: _____
Fecha: (mm-dd-aa) _____