



**CONTRA COSTA HEALTH SERVICES  
CONTRA COSTA REGIONAL MEDICAL CENTER AND  
HEALTH CENTERS**

**AUTORIZACIÓN PARA QUE CONTRA COSTA  
HEALTH SERVICES (CCHS) USE O DIVULGUE  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)</b>			
NOMBRE DE PILA	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
OTRO NOMBRE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO (SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR)			
FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AÑO)			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>NÚMEROS DE TELÉFONO</b>			
CASA	MÓVIL	TRABAJO	
POR FAVOR, CONSULTE EL TELÉFONO PREFERIDO PARA CONTACTO / PREFERENCIAS <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MOVIL <input type="checkbox"/> TRABAJO			

Soy el  Paciente  Padre / Guardián  Conservador  Otro \_\_\_\_\_  
y por la presente autorizo a Contra Costa Health Services (CCHS) a usar o divulgar información de salud de la persona mencionada anteriormente para:

<b>ENVIAR / ENTREGAR REGISTROS A:</b> <input type="checkbox"/> IGUAL QUE EL ANTERIOR <input type="checkbox"/> OTRO SEÑALADO ABAJO			
NOMBRE DE LA PERSONA, ORGANIZACIÓN, AGENCIA:			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX		
PROPÓSITO: <input type="checkbox"/> USO PERSONAL (AB610) <input type="checkbox"/> FORMULARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA EXTERNO			
<input type="checkbox"/> OTRO: _____			

<b>¿QUÉ REGISTROS QUIERES?</b>	
FECHA (S) DE TRATAMIENTO: ____/____/____ MEDIANTE ____/____/____	
PACIENTE INTERNO:	
<input type="checkbox"/> ESTÁNDAR (INCLUYE EVALUACIONES E INFORMES DE MÉDICOS, NOTAS DE PROGRESO, RESULTADOS DE PRUEBAS, MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> ENTERO (INCLUYE HOJAS DE FLUJO ESTÁNDAR, NOTAS DE ENFERMERÍA, ETC.	
<input type="checkbox"/> ADICIONAL (POR FAVOR DESCRIBA): _____	
PACIENTE EXTERNO:	
<input type="checkbox"/> NOTA (S) DE LA VISITA A LA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> RESULTADO (S) DE LA PRUEBA: TIPO: _____
<input type="checkbox"/> ED O PES VISITA (S)	<input type="checkbox"/> INFORME DE CIRUGÍA / PROCEDIMIENTO: _____
<input type="checkbox"/> REIMPRESIÓN DE CARTA: FECHA (S): _____	
<input type="checkbox"/> LISTA DE VISITAS	<input type="checkbox"/> OTRA: _____



**CONTRA COSTA HEALTH SERVICES  
CONTRA COSTA REGIONAL MEDICAL CENTER AND  
HEALTH CENTERS**

**AUTORIZACIÓN PARA QUE CONTRA COSTA  
HEALTH SERVICES (CCHS) USE O DIVULGUE  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE SE PREPAREN LOS DISCOS?  PAPEL  DIGITAL (CD/DVD)  SUELTE A MyccLink

¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LOS REGISTROS SE ENTREGUEN CUANDO SON PARA USTED?  
 ENTREGA POR CORREO DE LOS ESTADOS UNIDOS  LOS RECOGERÉ  PAGARÉ POR CORREO CERTIFICADO  
 SUELTE A MyccLink

**INFORMACIÓN QUE DEBE SER LIBERADA:** Esta es una autorización de **divulgación completa** de información de atención médica que incluye registros de mantenimiento de atención médica y registros de atención y tratamiento de abuso de drogas, médicos, quirúrgicos, de salud sexual, alcohol u otras drogas, si corresponde. Este consentimiento también autoriza la divulgación de los resultados de la prueba del VIH, si los hubiera. **Sus iniciales a continuación indican que entiende y está de acuerdo.**

\_\_\_\_\_ **SIN** Exclusiones  
 INICIAL

\_\_\_\_\_ Excluir los resultados de la prueba del VIH  
 INICIAL

\_\_\_\_\_ Excluir información sobre el tratamiento del abuso de sustancias  
 INICIAL

\_\_\_\_\_ Excluir información de tratamiento de salud del comportamiento  
 INICIAL

\_\_\_\_\_ Excluir otros (Especificar): \_\_\_\_\_  
 INICIAL

Esta autorización entra en vigencia de inmediato y permanecerá en vigencia por un (1) año o hasta \_\_\_\_\_ (fecha o evento). Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a la dirección donde recibí la atención. Mi revocación será efectiva una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que CCHS haya actuado de acuerdo con esta Autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Si CCHS me solicita que autorice esta divulgación, tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de dicha información médica divulgada. Puedo negarme a firmar esta Autorización. Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de los beneficios estará condicionado a que yo proporcione o rechace esta Autorización.

<b>FIRMAS</b>	
FECHA	FIRMA DEL PACIENTE
FIRMA AUTORIZADA (SI NO ES PACIENTE)	RELACIÓN
FIRMA DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CUANDO SEA REQUERIDO	
NOMBRE DE EMPLEADO	FECHA