

KERN MEDICAL
1700 MOUNT VERNON AVE
BAKERSFIELD, CA 93306

Petición **Servicios de Información de Salud**
hecha a/por: **Medico Legal**
Teléfono (661) 326-2591
Fax (661) 326-2593
 Medicina Correccional
Teléfono (661) 391-7913
Fax (661) 391-7386

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEJIDA
(*Esta forma no puede ser usada para revelar notas de psicoterapia***)**

Nombre del paciente _____ # Historial Medico _____
(Apellido, Nombre)
Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____
Ultimos 4 #s de SS _____
Ciudad/Estado/Código postal _____
Teléfono _____
Nombre de soltero/otro nombre: _____
Fecha de petición _____

Yo autorizo a KERN MEDICAL que revele información a:

Nombre de la organización o persona : _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Yo autorizo a KERN MEDICAL que obtenga información de:

Nombre de la organización o persona : _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Propósito de la petición: Cuidado de Salud Cobertura de Aseguranza Personal
 Otro: _____

Información a ser revelada: (Marque todas las opciones que apliquen y escriba sus iniciales en los espacios que lo requiera.)

_____(Iniciales) Toda mi información de salud pertinente a cualquier historial medico, condición física y tratamiento recibido. O solamente los siguientes registros o tipos de información de salud y/o solamente en la(s) fecha(s) especificada(s):

Fecha(s) de tratamiento: _____ Tipo de tratamiento: _____
(Paciente interno, externo, de emergencia, otro)

<input type="checkbox"/> Sumario al ser dado de alta	<input type="checkbox"/> Registros de cuarto de emergencia	<input type="checkbox"/> Reportes Radiológicos	<input type="checkbox"/> Registros de medicina
<input type="checkbox"/> Historia & Físico	<input type="checkbox"/> Reporte patológico	<input type="checkbox"/> Reporte de EKG	<input type="checkbox"/> Notas de enfermera
<input type="checkbox"/> Reporte operativo	<input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Ordenes del medico	<input type="checkbox"/> Película de Radiología
<input type="checkbox"/> Consulta			

_____(Iniciales) Otro: _____

_____(Iniciales) Registros de tratamiento psiquiatricos o enfermedad mental

_____(Iniciales) Resultados de pruebas de HIV or diagnosticos de tratamiento de HIV,
enfermedades relacionadas al HIV o SIDA.

YO ENTIENDO QUE:

- Mi derecho a cuidado de salud no esta condicionado a esta petición.
- Yo puedo en cualquier momento cancelar esta autorización presentando una petición por escrito y enviandola a la dirección de Legal Medico proveida en la pagina uno de esta forma, con la excepción de que esta petición no puede afectar a la información que ya ha sido revelada con mi autorización previa.
- Si la persona o facilidad que reciba esta información no es un proveedor de cuidado de la salud o un proveedor de aseguranza medica cubierto por las regulaciones de privacidad, la información presentada arriba puede ser revelada nuevamente.
- En California un recipiente de información medica no puede revelar continuamente información acerca de mi (el paciente) a menos que yo o mi representante firme una nueva autorización o a menos que la revelación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

KERN MEDICAL está contractado con una compañía para el fotocopiado de registros médicos de pacientes en acuerdo con el Código de Salud y Seguridad de California y Regulaciones de HIPAA. Cobro por el proceso de fotocopiado esta permitido y las facturas de cobro serán enviadas directamente a usted por la compañía de fotocopiado. Cargos por fotocopias son \$0.25 por página más impuestos y gastos de envío cuando sea aplicable.

DURACIÓN AUTOMATICA DE UN AÑO. Esta autorización expirará automaticamente despues de un año (1) de la fecha de su creación, a menos que una diferente fecha o evento se especifique abajo.

Fecha final: _____ or Evento: _____

Firma del paciente (o representante si aplica)

Fecha

Escirba el nombre del representante (si aplica)
(Representante legal, familiar, guardian, conyugue)

Relación con el paciente (si hay otra relación ademas del paciente.)

Domicilio

Testigo

Teléfono

Tipo de identificación presentada, con copia.

COPIA RECIBIDA: Yo reconozco recibo de copia firmada de esta. _____ Iniciales

ATENCIÓN AL RECIPIENTE: LA REVELACIÓN DE CUALQUIER DE INFORMACIÓN DE REGISTROS MEDICOS HECHA POR EL RECIPIENTE ESTA PROHIBIDA EXCEPTO CUANDO IMPLICADO EN EL PROPOSITO DE LA MISMA.

SOLO PARA PROPOSITOS MEDICOS LEGALES:

Identificación del Paciente/Representante verificada: Si ___ No ___ Iniciales ___

Departamento _____

Registros deben ser: Enviados por correo _____

o ser recogidos por el paciente/representante _____

enviado electronicamente _____