

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 Correctional**
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 _____
(Apellido, Nombre)

Historial Medico _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Ultimos 4 #s de SS _____

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: _____

Tenga en cuenta que cualquier solicitud de o en nombre de un abogado o empresa estará sujeta a cargos diferentes a los de las solicitudes de pacientes.

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)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Sumario al ser
dado de alta | ☐ Registros de cuarto
de emergencia | ☐ Reportes
Radiológicos | ☐ Registros de medicina |
| ☐ Historia & Físico | ☐ Reporte patológico | ☐ Reporte de EKG | ☐ Notas de enfermera |
| ☐ Reporte operativo | ☐ Reportes de
laboratorio | ☐ Ordenes del
medico | ☐ Película de Radiología |
| ☐ 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.

_____(Iniciales) Registros de tratamiento para el tratamiento del abuso de sustancias

Los registros solicitados deben enviarse fuera del estado de California y contener información sobre el tratamiento de cualquier servicio relacionado con el aborto o para personas transgénero. Para completar esta solicitud, el paciente o su representante legal debe reconocer y firmar a continuación.

Firma del paciente/representante legal

Fecha

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 especificamente 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.

☐ Entiendo que hay un portal para pacientes disponible sin costo.

Eliga uno:

- ☐ Elijo aceptar el acceso al portal del paciente
☐ Elijo no aceptar el acceso al portal del paciente

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

Escriba 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 _____

Al paciente se le ofreció acceso al portal _____ Iniciales _____