



B1038

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL (PHI) EN CASOS DE SALUD MENTAL / FÁRMACODEPENDENCIA

Escoja la casilla que corresponda:

Fechas de los tratamientos: _____

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Entregue mi historial médico del BMC a: | ☐ Obtenga mi historial médico de: | ☐ Entregue el estado de cuenta a: |
| ☐ Acceso al paciente: (Muestre documentos de representación legal) | ☐ Haga disponible el historial médico para su revisión: (Confirme la fecha en que se revisará) | |

Nombre de la Persona o de la Agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Apartado Postal _____

Se autoriza revelar el historial médico con el siguiente propósito:

- ☐ Continuidad de Cuidado
 ☐ Uso Personal
 ☐ Otro _____

Entiendo que el autorizar la revelación de la información anteriormente señalada es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar la continuidad de mi tratamiento médico. Entiendo que en cualquier momento, tengo derecho a revocar esta autorización. Entiendo que si la revoco, debo hacerlo por escrito y presentarla a la oficina de archivos médicos (*Medical Record Department*). Entiendo que la revocación no tendrá efecto sobre información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora, el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza. A menos que sea revocada, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento, condición: _____. Si yo no especifico una fecha, un evento o una condición de caducidad, esta autorización caducará 90 días después de la fecha en que se firme.

Entiendo que puedo revisar u obtener copia de la información que se vaya a usar o a revelar, según lo establece la ley CFR 164.524. Entiendo que cualquier revelación de información conlleva la posibilidad de que se siga revelando sin la debida autorización, y que la información pudiera no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. De tener preguntas acerca de la revelación de mi información médica, puedo ponerme en contacto con la oficina de archivos médicos.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Apellido

Nombre completo

Seguro Social #: _____ Teléfono #: _____

Firma del Paciente o de su Representante Legal _____

Fecha _____

Parentesco con el Paciente _____



LOMA LINDA UNIVERSITY BEHAVIORAL MEDICINE CENTER

AUTORIZACION PARA LIBERACION de PHI PARA SALUD MENTAL/DEPENDENCIA

BMC 1038 Rev. 01/2010
100 - 4-19-16

White -facility Pink-Patient

PATIENT IDENTIFICATION