



Public
Health

Brynn Carrigan - DIRECTOR
Kristopher Lyon, MD - HEALTH OFFICER



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo al Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern:

divulgar información a:

O

obtener información de:

información de salud que se describe a continuación:

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

con el propósito de:

Esta información está limitada al siguiente tipo y duración de información:

☐
☐
☐
☐

Registros médicos

Informes de consulta

Laboratorio, informes de patología

Otro:

☐
☐
☐

Registros de inmunización

Radiología/Informes de imágenes

Cualquier y todos los registros de los últimos dos años

YO ENTIENDO QUE:

- Entiendo que mi derecho a la atención médica no está condicionado a esta autorización.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi revocación debe ser por escrito y presentada al Custodio de Archivos. Entiendo que la restauración no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.
- Puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará según lo dispuesto en el CFR 164.524
- Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una divulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Un receptor de información médica en California no puede revelar más información médica sobre mí (paciente) a menos que una nueva Autorización esté firmada por mí o mi representante personal o a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Custodio de Registros. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Duración: A menos que se revocare lo contrario, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____ Si no especifico una fecha, evento o condición de caducidad, esta autorización caducará en UN AÑO.

*** Ver reverso para firmas**



Public
Health

Brynn Carrigan - DIRECTOR
Kristopher Lyon, MD - HEALTH OFFICER



Firma del paciente (o representante personal): _____

Imprima el nombre del representante personal (si corresponde): _____

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Firma del testigo (personal): _____

Yo reconozco el recibo de una copia firmada de esta autorización _____ (iniciales del paciente)

ATENCIÓN AL RECIPIENTE: CUALQUIER DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO MÉDICO POR EL RECEPTOR ESTÁ PROHIBIDO, EXCEPTO CUANDO SEA IMPLÍCITO EN EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN.

Public Health Services Department 580 4110 058 (5/2013) Rev 11/2022