

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA - PARA TERCER PARTIDO

Número de Expediente: _____

Al completar este formulario, usted autoriza al Departamento de Servicios de Atención Médica de California a divulgar su información de salud protegida identificada en este documento a las personas o entidades identificadas en este documento. También tiene derecho a solicitar copias de esos registros. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si desea que le enviemos copias de sus registros, debe enviarnos una fotocopia de su licencia de conducir de California, tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados u otra identificación válida. También deberá enviar documentación que verifique su dirección. Marque la casilla en la página (3) tres de este documento si también desea que se le envíe una copia de los registros solicitados. **Envíe por correo este formulario completo a:**

Department of Health Care Services
DHCS/MEDI-CAL FI
P. O. Box 526018
Sacramento, CA 95852-6018
(916) 636-1980

Su información		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Domicilio:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Número de identificación de beneficios:	Fecha de nacimiento:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:	

Persona o Organización que Proporciona la Información	Persona o Organización que Recibirá la Información
Nombre y apellido: _____	Nombre y apellido: _____
Posición o Rol: _____	Posición o Rol: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____	Ciudad/Estado/Código postal: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____	Número de Fax: _____

Descripción de la información específica que se va a divulgar o inspeccionar

Marque cada tipo de información confidencial que autorice a divulgar o inspeccionar:	
☐ VIH o SIDA	☐ Información sobre Drogas o Alcohol
☐ Salud Mental o Conductual	☐ Pruebas Genéticas de Salud
☐ Otro:	
La información de las categorías anteriores se autorizará durante el siguiente periodo de tiempo: Desde _____ (fecha) Hasta _____ (fecha).	

Marque cada tipo de información protegida a la que desee acceder:	
☐ Informes detallados de reclamos , que contienen los reclamos pagados por Medi-Cal por los servicios recibidos.	Registros de atención administrada: ☐ Registros de afiliación ☐ Registros de desafiliación ☐ Capitación pagada al plan de salud ☐ Documentación de audiencia imparcial de MERS
☐ Impresiones de solicitud de tratamiento o de servicio. Las impresiones contienen los nombres de los pacientes, los prestadores que han solicitado servicios, los servicios solicitados, la decisión sobre el servicio o servicios, incluyendo una descripción sencilla de la decisión, y si el prestador ha sido facturado por estos servicios.	Registros de Denti-Cal: Llame al (800) 322-6384
	☐ Programa de Personas con Discapacidades Genéticas (GHPP) o Registros de Servicios Infantiles de California (CCS).
☐ Registros de gestión de casos , que contienen notas del administrador de casos.	<i>Por favor comuníquese con su prestador de servicios o con el plan de atención administrada si desea tener acceso a sus registros médicos.</i>

Solicito copias de los registros de las siguientes fechas de servicio: Debe especificar las fechas de servicio para obtener los registros.	
Desde la fecha (mes/día/año) _____	Hasta la fecha (mes/día/año) _____

Descripción del Propósito y Limitaciones para la Divulgación o Inspección de la Información (Indicar Cómo se Utilizará la Información)
<i>La información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el uso previsto.</i>

Información del padre, guardián, o representante personal		
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Domicilio:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Número de identificación de beneficios:	Fecha de nacimiento:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:	
Cuál autorización legal tiene usted para solicitar la información de salud		
☐ Padre/Madre de un menor de edad	☐ Conservador	
☐ Guardián	☐ Albacea testamentario	
☐ Conservadora	☐ Administrador de bienes	
☐ Otro: _____		
Nota: Adjunte documentación legal para verificar que usted es el padre/madre, conservador, guardián, albacea del testamento de el difunto, o tiene autoridad para tomar decisiones médicas para el individuo.		

Nota: Una solicitud de registros de servicios prestados hasta hace seis años es un proceso de 30 días. Todas las demás solicitudes tienen un plazo aproximado de 60 días para su tramitación adicional.

☐ Envíeme una copia de la información solicitada.

☐ Deseo revisar la información solicitada en persona.

Si solicita revisar los registros en persona, se le contactará para programar una cita.

Ubicación disponible para revisión en persona: **Solamente en Sacramento**

☐ Solicito que se permita a una persona de mi elección inspeccionar mis registros.

Nota: Cualquier persona o abogado puede ser nombrado a continuación. Pero los registros no se enviarán a servicios o compañías de fotocopias.

Nombre y apellido: _____

Número de teléfono: _____

Domicilio: _____

Anote qué relación tiene esta persona con usted: _____

Información de identificación del solicitante:

☐ Se adjunta Verificación de la Dirección

Tipo: _____ (Factura de servicios públicos, Factura de teléfono, Permiso de conducir, Etcétera)

☐ Se adjunta Copia de la Identificación

Tipo: _____ (Licencia de conducir de California, tarjeta de identificación del DMV de California, certificado de nacimiento, tarjeta de identificación de beneficios, tarjeta de atención administrada, tarjeta de identificación de empleado estatal o federal)

Número: _____

(SI NO SE ADJUNTA NINGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD, SU FIRMA DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN NOTARIO)

Notariada por _____ el _____ (Fecha).

Número de notario público: _____

NO ES OFICIAL A MENOS QUE ESTÉ SELLADO POR UN NOTARIO PÚBLICO:

Esta autorización para la divulgación de la información mencionada anteriormente y para las personas o organizaciones mencionadas anteriormente expirará el: _____ (fecha).

Entiendo que al firmar esta autorización:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe arriba para el propósito indicado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación firmada deteniendo esta autorización a la dirección que se encuentra en la página uno. La autorización cesará en la fecha en que se reciba mi solicitud de revocación válida.
- Una persona puede revocar una autorización en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito, excepto en la medida en que: La entidad cubierta haya tomado medidas basándose en ello; o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.
- Mi tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Bajo la ley de California, el receptor de mi información médica tiene prohibido divulgar la información, excepto con una autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.
- Si la organización o persona a la que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud, ni un proveedor de atención médica; es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Los registros y copias obtenidos en relación con la atención de psicoterapia ambulatoria se devolverán o se destruirán en la fecha de vencimiento de esta autorización, excepto aquellos obtenidos con fines de tratamiento y diagnóstico.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.

Firma del miembro:	Fecha:
--------------------	--------