



**IMPERIAL VALLEY**  
**Family Care**  
**Medical Group**

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA USAR O REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que **Imperial Valley Family Care Medical Group** está autorizado por mi para que use o revele información médica para otros propósitos distintos al tratamiento, cobro, o el funcionamiento para la atención de mi salud. He leído esta autorización y entiendo cuál información utilizarán o revelarán, quién podrá usar y revelar la información, y a quienes será proporcionada. Yo, específicamente autorizo a cualquier empleado o dueño actual de **Imperial Valley Family Care Medical Group**, o a cualquier otra persona anotada abajo en la lista para revelar mi información médica protegida como se describe en este formato a los receptores anotados abajo. Yo entiendo que cuando la información es usada o proporcionada conforme a esta autorización, ésta puede ser sujeta a volver a ser revelada por quien la recibe y por lo tanto podrá no ser ya información de salud protegida. Entiendo además, que conservo el derecho de revocar esta autorización, siempre y cuando se haga de acuerdo a los siguientes pasos:

Descripción de la información que será usada o revelada (marcar las que apliquen):

- El expediente completo del paciente.  
 (NOTA : Esto requiere de una explicación de porqué el expediente completo puede ser revelado).
- La información demográfica del paciente. (marcar las que apliquen):
  - Nombre  Domicilio  Estado/Código Postal únicamente  Teléfono
  - Edad  Género  Raza
  - Otros: \_\_\_\_\_
- Datos Médicos/Información relacionada a:
  - Enfermedad(es) Específica(s) \_\_\_\_\_
  - Servicio(s) Profesionales Específicos: \_\_\_\_\_
  - Medicamento(s) Específicos: \_\_\_\_\_
  - Otros: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Nombre(s) o tipo de persona(s) además de los actuales empleados o dueño(s) autorizados por medio de esta forma para usar o revelar la información médica protegida:

\_\_\_\_\_

Nombre(s) o tipo de persona(s) autorizada(s) por medio de esta forma que pueden usar o revelar la información protegida del paciente:

\_\_\_\_\_

Propósito(s) de la información:

\_\_\_\_\_

(Marcar si es aplicable) Esta autorización es para ser utilizada para nuestro propio uso, e **Imperial Valley Family Care Medical Group** no condicionará el tratamiento o el cobro con esta autorización. Mas sin embargo, el paciente tiene el derecho de inspeccionar o copiar la información que será usada o proporcionada y puede rehusarse a firmar esta autorización.

(Marcar si es aplicable) El paciente comprende que **Imperial Valley Family Care Medical Group** puede recibir un beneficio financiero como resultado de revelar esta información debido a

(Marcar si es aplicable) Esta autorización permite a **Imperial Valley Family Care Medical Group** mandar la información médica protegida UNICAMENTE a esta dirección o número de fax:

\_\_\_\_\_

Cualquier otra dirección o número de fax no está permitida por esta autorización.

El paciente tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito, exceptuando hasta el punto en que se hayan tomado medidas confiando en esta autorización o, si es aplicable, durante el período de impugnación. A fin de que la revocación de esta autorización sea vigente, **Imperial Valley Family Care Medical Group** tiene que recibir la revocación por escrito.

La revocación debe incluir:

- Nombre del paciente, dirección, número de cuenta del paciente, si es aplicable.
- La fecha de vigencia de esta autorización, y los receptores de la información médica protegida conforme a esta autorización, y
- La fecha de revocación, y la firma del paciente.

**Imperial Valley Family Care Medical Group** aceptará revocaciones por escrito de esta autorización vía:

- Correo Certificado de E.E.U.U..
- Facsímil a este número: \_\_\_\_\_.

Todas las revocaciones deberán ser enviadas a **Imperial Valley Family Care Medical Group** dirigidas al Oficial de Privacidad, y no tendrán vigencia hasta que sean recibidas por el Oficial de Privacidad.

Esta autorización expirará el \_\_\_\_\_. Después de esta fecha, **Imperial Valley Family Care Medical Group** no podrá usar o revelar la información médica protegida del paciente sin antes obtener nuevamente una forma de autorización.

Yo entiendo completamente y acepto los términos de esta autorización.

\_\_\_\_\_ Firma del Paciente  
Fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA**

La autorización es anexada al archivo médico del paciente el \_\_\_\_\_

La autorización fue verificada por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_