



## Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz

### AUTORIZACION PARA EMITIR REGISTROS MEDICOS

La Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz cree firmemente en su derecho y el derecho de su familia a la privacidad y confidencialidad, ya que esto se relaciona con la información médica que podemos recopilar, mantener o usar en el transcurso de la prestación de servicios de salud. Esto se conoce como Protección de Información de Salud (**PHI** *por las siglas en inglés*).

#### **¿Cómo usamos o compartimos su PHI sin su autorización por escrito?**

Durante el registro de su primera visita, le pedimos que firme un formulario de consentimiento de tratamiento antes de recibir el tratamiento. Esto le permite a la Agencia de Servicios de Salud brindarle tratamiento médico a usted o su dependiente. Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que usamos y divulgamos la PHI:

##### **Tratamiento**

- Podemos usar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica

##### **Pago / Facturación**

- Su PHI se usará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica.

##### **Funcionamiento de cuidado de salud**

- Podemos usar o divulgar PHI para apoyar las actividades necesarias de la Agencia de Servicios de Salud

#### **Usos y divulgaciones de PHI basados en su autorización por escrito**

Otros usos y divulgaciones de su PHI se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita o lo exija. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que la Agencia de Servicios de Salud ya haya divulgado su PHI como se indica en la autorización, o la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

El siguiente formulario de Autorización para Divulgar Información Médica es necesario para permitir que la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz divulgue sus registros médicos a la persona u organización que elija. Utilice las direcciones siguientes cuando complete la sección de autorización del formulario. La sección *Para Proporcionar a (To furnish to)* es quién o dónde desea que se brinde su información médica. Envíe un FAX de la forma completa al número correspondiente que figura en la parte superior del formulario de autorización.

##### **Centro de Salud Santa Cruz**

1080 Emeline Ave, Santa Cruz

##### **Proyecto de Salud para personas sin hogar (HPHP)**

115-A Coral St., Santa Cruz

##### **Centro de Salud Watsonville**

1430 Freedom Blvd, Suite D., Watsonville

Consulte el [Aviso de Prácticas de Privacidad](#) para obtener una descripción completa de su derecho a la privacidad.

# Condado de Santa Cruz

## AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

### DIVISIÓN DE CLÍNICAS MÉDICAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS



**CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ**  
(831) 454-4100 FAX (831) 454-4296

**CENTRO DE SALUD WATSONVILLE**  
(831) 763-8400 FAX (831) 763-8237

**HPHP**  
(831)454-2080 FAX (831) 454-2434

**TDD:** (831) 454-4123

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Yo, \_\_\_\_\_

Por la presente  
Autorizo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para proporcionar a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(nombre y dirección de la persona u organización)*

*(nombre y dirección de la persona u organización)*

cualquiera y todos los registros obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento, que pertenecen y pueden incluir la mención de abuso de alcohol y / o drogas, enfermedades psiquiátricas, VIH +, complejo relacionado con el SIDA (ARC) y / o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sobre:

\_\_\_\_\_ (nombre del paciente)

\_\_\_\_\_ (número de seguro social del paciente)

\_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento del paciente)

\_\_\_\_\_ (número de registro médico del paciente)

Se requiere la divulgación de registros para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La divulgación se limitará a los siguientes tipos específicos de información: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este consentimiento expirará: \_\_\_\_\_  
(fecha)

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a mi solicitud.

Copia solicitada y recibida: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

A copy of this consent is just as valid as an original.

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

\_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre y título del testigo

\_\_\_\_\_  
Padre, tutor o representante autorizado del paciente.

**PROHIBICIÓN DE REVELACIÓN:** Esta información se le está divulgando de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales (42CFR parte 2) le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, excepto con un consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece..