

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA AUTORIZACIÓN**

Medical Records Department Office  
39500 Liberty Street, Fremont 94538  
PH: 510-252-5848 Fax: 510-770-8141



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Paciente gráfico #: \_\_\_\_\_

**SI EL SOLICITANTE NO ES PATEINT:**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el paciente: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo TRI-CITY HEALTH CENTER a (Marque una casilla):**

- ENVÍE UNA COPIA DE MI INFORMACIÓN MÉDICA
- OBTENER MI INFORMACIÓN MÉDICA DE

Nombre del médico, centro de cuidado de salud o proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ número de Fax: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE LA INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS QUE INCLUYEN:**

- REGISTROS MÉDICOS COMPLETOS
- VACUNAS
- REGISTROS MÉDICOS DE FECHA \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

*Nota: registros médicos pueden incluir información relacionados con la salud mental, alcohol y las drogas y el VIH referencias. El actual tratamiento de registros de salud mental o resultados de las pruebas del VIH no será revelados a menos que específicamente solicitada a continuación.*

- MENTAL / CONDUCTUAL INFORMACIÓN DE SALUD (paciente iniciales \_\_\_\_\_)
- RESULTADO DE LA PRUEBA DE SANGRE DE VIH (paciente iniciales \_\_\_\_\_)
- ALCOHOL / DROGAS DE ABUSO (paciente iniciales \_\_\_\_\_)
- OTROS (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

CON LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES (POR FAVOR EXPLIQUE EN DETALLE):

\_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN PUEDE UTILIZARSE PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES:**

- ATENCIÓN AL PACIENTE
- PERSONAL
- RECLAMO DE SEGURO O LEGAL
- OTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

ESTA AUTORIZACIÓN AUTOMÁTICAMENTE EXPIRAN UN (1) AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA O EN FECHA: \_\_\_\_\_ (a no ser revocado antes por escrito)

ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE AQUÍ HAY UNA CUOTA PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS EPECT CUANDO COPIAS SE ENVÍAN DIRECTAMENTE A UN MÉDICO O PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD.

**FIRMAS:**

\_\_\_\_\_  
PACIENTE / REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
MÉDICO / PROVEEDOR \*

\_\_\_\_\_  
FECHA

Resultados de las pruebas para la liberación de registros (1) protegido por la ley Lanterman-Petris-Short (LPS) o (2) que contiene VIH, se requiere una autorización separada para cada revelación separada. Además la ley LPS a menudo requiere que tanto proveedor médico tratante del paciente y el paciente firmen la autorización antes de información es liberación.

**OFFICE USE ONLY**  
**STAFF NAME RECEIVING FORM**  
\_\_\_\_\_