



(*Kaiser Permanente entities are listed on reverse side of this form)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Número de historia clínica: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ N.º de teléfono: () _____
Correo electrónico: _____

Nota: Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

Kaiser Permanente puede revelar esta información a: Marcar si es la misma que la anterior
Nombre del destinatario: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Esta revelación se puede utilizar para los siguientes fines: Uso personal Legal Seguro
 Tratamiento médico Verificación de afección médica Discapacidad FMLA Seguro por accidentes de trabajo

Marque SOLAMENTE una de las siguientes tres opciones para identificar la información de salud que se revelará.
 Opción 1: Cumplimentación de formulario (se podría revelar un formulario sustituto o expedientes médicos relevantes)
 Opción 2: Los últimos 2 años de registros del Consultorio Médico de Kaiser Permanente y de Kaiser Foundation Hospital.
 Opción 3: Registros tal como se ha especificado. Debe completar los pasos 1 y 2 a continuación.
Paso 1. Ingrese el intervalo de fechas o la(s) fecha(s) de los registros que se van a revelar: _____
Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se revelarán:
 Consultorio Médico de KP Kaiser Foundation Hospital Vacunación Resultados de laboratorio
 Imágenes de diagnóstico Copagos y deducibles Facturas detalladas Farmacia
 Otro (proveedor, departamento, especialidad): _____

NOTA: Los expedientes del Hospital y del Consultorio Médico divulgados como parte de esta autorización pueden contener referencias relacionadas con salud mental, adicción y afecciones médicas relacionadas con el VIH.

Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la siguiente información. De lo contrario, se excluirá esta información.
 Expedientes de tratamiento de salud mental Expedientes del tratamiento de medicina de la adicción
 Resultados de los exámenes del VIH

Tipo de medio: Electrónico Papel **Preferencia de entrega:** Electrónico Correo postal Recogida en persona

DURACIÓN: La autorización permanecerá en vigor durante un año desde la fecha de firma a continuación. Sin embargo, el Washington, D.C. el permiso para divulgar expedientes sobre el tratamiento de medicina de la adicción vence después de seis (6) meses.
REVOCACIÓN: Usted o su representante personal puede cancelar esta autorización para futuras divulgaciones enviando una petición por escrito a la Unidad de Divulgación de Información de su región de servicio que aparece al reverso de este formulario. Su cancelación no afectará a la información que se hubiera divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.
NUEVA DIVULGACIÓN: Una vez que se ha divulgado esta información, no se puede proteger bajo la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996). El estado u otras leyes federales pueden requerir que el destinatario obtenga su autorización antes de volverla a divulgar.

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a si firma o no firma esta autorización. La divulgación se realiza a su petición. Para los pacientes de Virginia, se incluirá en su historia clínica una copia de esta autorización y una nota que indica a quién se divulgará su información. Una copia de la autorización original es válida. Tiene derecho a obtener una copia de esta autorización completada.

Fecha _____ Firma _____ Si es el representante personal, escriba su nombre/relación _____

“Kaiser Permanente” se refiere a su compañía de seguro (un plan de salud de Kaiser Permanente) y sus médicos (un grupo médico o dental de Kaiser Permanente). También incluye diferentes grupos en función de dónde viva.

Todos los estados donde funcionamos:

- Kaiser Foundation Hospitals

California:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Northern California Region
- The Permanente Medical Group

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Southern California Region
- Southern California Permanente Medical Group

Colorado:

- Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
- Colorado Permanente Medical Group, P.C.

Georgia:

- Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
- The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

Hawaii:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Hawaii Region
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.

Estados en la parte media de la costa del Atlántico:

- Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
- Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C.

Noroeste:

- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Northwest Permanente, P.C.
- Permanente Dental Associates, P.C.