Hospital de atención de salud conductual de Bakersfield

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD/
SOLICITUD DE COPIAS DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Yo (Nombre del paciente) _____ Fecha de nacimiento _____,
autorizo **a Bakersfield Behavioral Healthcare Hospital** a proporcionar copias de mis registros médicos a:
(Nombre de la persona/organización) _____
Relación con el paciente _____ Dirección: _____
Número de teléfono: _____Número de fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____
A fin de: _____

Esta información se limita al siguiente tipo y cantidad de información. (use fechas cuando corresponda).

- ☐ Historial y examen físico
- ☐ Notas de progreso del médico
- ☐ Informes de Consulta
- ☐ Informes de laboratorio
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Informes de radiología/informes de imágenes
- ☐ Evaluación Psiquiátrica
- ☐ Otro: _____

Fechas de servicio medico: _____

NOTA : Los registros pueden incluir información relacionada con el consumo de alcohol o drogas y el VIH o SIDA. Sin embargo, los registros de tratamiento de centros de drogas o alcohol o los resultados de la prueba de VIH no se divulgarán a menos que se solicite específicamente.

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar mis registros médicos durante el horario laboral dentro de los 5 días hábiles posteriores a realizar una solicitud por escrito (Código de Salud y Seguridad de California (H&SC) §123110(a).
Entiendo que tengo derecho a obtener copias de mis registros médicos dentro de los 15 días hábiles posteriores a su solicitud.
Entiendo que no tengo derecho a acceder a mis notas de psicoterapia, que son notas tomadas por un profesional de salud mental durante una sesión de consejería individual, grupal, conjunta o familiar, y que están separadas del resto de mi expediente médico. Consulte 45 CFR 164.524(a)(1) – (a)(3) para obtener una lista completa de excepciones al derecho de acceso.
Entiendo que mi proveedor puede negarse a darme acceso a mis registros de salud mental y que una denegación por escrito que incluya los motivos de la denegación y cómo presentar una queja a más tardar 30 días después de la solicitud (no más de 60 días si el solicitante han sido notificados de una extensión), Ver 45 CFR 164.524(b)(2). Para obtener una lista completa de los motivos y condiciones para la denegación de acceso, consulte 45 CFR 164.524(a)(2)-(4).

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.
Entiendo que mi revocación debe hacerse por escrito y presentarse al Departamento de Gestión de Información de Salud.
Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.
Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses. Ni el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios estarán condicionados a que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.
Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524.
Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con el Departamento de Gestión de Información de Salud.

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

Deseo recibir copias por:

☐ Correo (si no es el anterior, no apartado postal) _____

☐ Correo electrónico seguro (si no es el anterior) _____

☐ Enviado por fax al: _____

☐ Recogeré

Firma del paciente/representante legal :_____ Fecha: _____

Nombre del representante legal (letra de imprenta) si no está firmado por el paciente_____

Relacion al paciente: _____ Firma: _____ Fecha:_____

Firma del personal (letra de imprenta) : _____ Titulo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del médico titular: _____Firma: _____Fecha: _____