



Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Kaiser Foundation Hospitals
The Permanente Medical Group, Inc.

AUTORIZACIÓN DE USO Y/O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MIEMBROS O DE PACIENTES / AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF MEMBER/PATIENT HEALTH INFORMATION

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

Entiendo que Kaiser Permanente no hará que el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios dependa del hecho de que yo preste, o me niegue a prestar, esta autorización.

Por la presente autorizo a / I hereby authorize: a revelar información a / to disclose to:

Nombre del que revela la información / Name of Disclosing Party

Nombre del que recibe la información / Name of Recipient

Dirección / Address

Dirección / Address

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

datos o información pertenecientes a / records and information pertaining to:

Nombre del miembro o paciente (escriba otros nombres usados) / Name of Member/Patient (List Other Names Used)

Número de Registro Médico / Medical Record Number

Fecha de nacimiento / Date of Birth

Dirección / Address

No. de teléfono / Telephone No.

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor por un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se especifique otra fecha aquí _____ (Fecha / Date).

REVOCACIÓN: Esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por el miembro o paciente en cualquier momento. La revocación por escrito tendrá vigor desde el momento en que se reciba, excepto en la medida en que la parte que revela u otros haya(n) actuado basándose en esta autorización.

VUELTA A REVELAR: Entiendo que la parte que recibe la información no está autorizada legalmente a hacer otro uso ni a realizar otra revelación de la información sobre la salud, a menos que obtenga otra autorización de mí o la ley lo requiera o permita específicamente.

ESPECIFIQUE LOS DATOS:

Marque la casilla, ponga sus iniciales y/o firme para especificar la información a revelarse.

INFORMACIÓN MÉDICA _____ (Iniciales / Initial)

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA _____
Firma / Signature Fecha / Date

INFORMACIÓN SOBRE DROGAS O ALCOHOL _____
Firma / Signature Fecha / Date

RESULTADOS DE PRUEBA DEL VIH _____
Firma / Signature Fecha / Date

DATOS GENÉTICOS _____
Firma / Signature Fecha / Date

OTRA INFORMACIÓN DE SALUD _____ (Iniciales / Initial) (especifique abajo)

Especifique los datos a revelarse / Specify the records to be disclosed: _____

El que la reciba podrá usar la información sobre la salud autorizada en este formulario para los siguientes propósitos / The recipient may use the health information authorized on this form for the following purposes: _____

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

El miembro o paciente tiene derecho a recibir copia de esta autorización.

Fecha / Date

Firma / Signature

Si firma alguien que no sea el miembro o paciente, indique la relación / If Signed by Other than Member/Patient, Indicate Relationship