

San Ramon Regional Medical Center
AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA
Teléfono: 925-275-8263 Fax: 925-275-8209

Entiendo que una vez que **San Ramon Regional Medical Center** divulgue mi información médica al receptor, **San Ramon Regional Medical Center** no puede garantizar que el receptor no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que al tercero no se le exija atenerse a esta Autorización o a la ley federal y del estado de Texas vigentes que rigen el uso y la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que **San Ramon Regional Medical Center** puede, en forma directa o indirecta, recibir una remuneración de un tercero en relación con el uso o la divulgación de mi información de salud.

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en **San Ramon Regional Medical Center**; excepto, sin embargo, si mi tratamiento en **San Ramon Regional Medical Center** es con el único propósito de crear información médica para divulgarla al receptor identificado en esta Autorización, en cuyo caso **San Ramon Regional Medical Center** puede negarse a tratarme si no firmo esta Autorización.

Comprendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que se venza el plazo de vigencia o hasta que yo proporcione una notificación por escrito de revocación a la Oficina de Privacidad de **San Ramon Regional Medical Center** en la dirección que se muestra más adelante. La revocación entrará en vigor inmediatamente después de que **San Ramon Regional Medical Center** reciba mi notificación por escrito, con la salvedad de que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna medida tomada por **San Ramon Regional Medical Center** en virtud de esta Autorización antes de que recibiera mi notificación de revocación por escrito.

Puedo ponerme en contacto con el **Departamento de Registros Médicos de San Ramon Regional Medical Center** por correo a **6001 Norris Canyon Road, San Ramon, CA 94583, O**, por teléfono al **(925) 275-8262 O** por correo electrónico a srm-him@tenethealth.com

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del uso y de la divulgación de mi información médica.

Con mi firma, por la presente autorizo, consciente y voluntariamente, a San Ramon Regional Medical Center a utilizar o divulgar mi información médica en la forma descrita anteriormente.

Firma del paciente

Fecha

Nota:

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta Autorización por algún otro motivo, será necesario que aparezcan estas firmas:

Firma del representante personal autorizado

Relación con el paciente

Fecha

Para uso exclusivo del consultorio

La identidad del solicitante se verificó mediante:

☐ Documento de identidad con fotografía ☐ Firma coincidente ☐ Otros, especificar: _____

Verificada mediante: _____ Fecha: _____

Solicitud cumplimentada por: _____ Fecha: _____ N.º DE CUENTA: _____

Método: Enviado por correo / Recogido por el paciente / Fed Ex / Correo electrónico / Portal electrónico

☐ Expediente(s) médico(s) de la(s) fecha(s) solicitada(s) ☐ Registros de facturación
☐ CD de radiología / CD de cardiología ☐ Otros: _____