

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

CDCR 7385-Sp (03/18)

Form: Page 1 of 2

Instructions: Page 3 and 4

Todas las secciones deben ser llenadas para respetar la autorización. Escriba "N/A" si no aplica.

I. Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

CDCR #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

II. Persona u organización autorizada para divulgar los registros médicos personales si no es el CDCR

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

III. Persona u organización que recibirá la información

[Código de Ordenamientos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 45, Sección 164.508(c)(1)(ii), (iii) y Código Civil, Sección 56.11(e), (f)]
 Por medio de la presente, el que suscribe autoriza a la Administración de Información sobre la Salud del CDCR a divulgar la siguiente información sobre la salud de conformidad con esta autorización.

Nombre: _____ Relación con el recluso: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

IV. Caso de vencimiento de la autorización o fecha de vencimiento de la divulgación de la información verbal o la correspondencia por escrito

[C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(1)(v) y Código Civil, Sección 56.11(h)]

A no ser que el recluso la revoque, esta autorización de divulgación sobre su información de atención médica a la persona u organización antes mencionada vencerá tras (elijá una opción):

 Fecha (mm/dd/aaaa): _____ Puesta en libertad

 Acontecimiento o conclusión de este caso: _____
 (por ejemplo, conclusión del litigio, término de la cirugía)
V. Registros de atención médica impresos que se divulgarán

[C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(1)(i) y Código Civil, Sección 56.11(d), (g)]

Se requiere una autorización distinta para cada solicitud de divulgación de los registros impresos. Se solicitan los registros para el siguiente periodo (debe llenarse para recibir los registros):

 Del (mm/dd/aaaa): _____ al (mm/dd/aaaa): _____

 Servicios médicos

 Servicios dentales

 Servicios de salud mental

 Enfermedad transmisible

 Pruebas genéticas

 Resultados de pruebas de VIH

 Abuso de sustancias o alcohol

 Otro: _____

Las solicitudes para las notas de psicoterapia requieren un CDCR 7385 por separado para poder entregarlas y no podrán venir acompañadas por ninguna otra solicitud de registros de atención médica.

 Notas de psicoterapia

Todas las secciones deben ser llenadas para respetar la autorización. Escriba "N/A" si no aplica.

VI. Propósito de la divulgación o uso de la información

[C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(1)(iv)]

- Atención médica
 Uso personal
 Legal
 Otro (especifique): _____

VII. Información de la autorización

Entiendo lo siguiente:

1. Autorizo el uso o la divulgación de mi información protegida sobre la salud e individualmente identificable, tal como se describe anteriormente para el propósito mencionado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
2. Tengo el derecho de revocar esta autorización. Para hacerlo, entiendo que puedo firmar una notificación de cancelación y enviarla a la Administración de Información sobre la Salud (registros médicos) de mi institución actual. La autorización detendrá la divulgación de mi información protegida sobre la salud a partir de la fecha en la que la Administración de Información sobre la Salud reciba mi solicitud de revocación válida. [C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(2)(i)]
3. Firmo esta autorización de manera voluntaria y entiendo que mi tratamiento de atención médica no se verá afectado si no firmo esta autorización. [C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(2)(ii)]
4. Conforme a las leyes de California, el receptor de la información protegida sobre la salud bajo esta autorización tiene prohibido volver a divulgar la información protegida sobre la salud, a no ser que cuente con una autorización por escrito o conforme lo solicite o permita de manera específica la ley. [Código Civil, Sección 56.13]
5. Si la organización o persona que autoricé para recibir la información protegida sobre la salud no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada podría ya no estar protegida por los reglamentos federales y estatales de privacidad. [C.F.R. 45, Sección 164.524(a)(2)(v)]
6. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. [C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(4) y Código Civil, Sección 56.11(i)]
7. Es posible que se le cobre una tarifa razonable para cubrir el costo de las copias y el envío de la información protegida sobre la salud. [C.F.R. 45, Sección 164.524(c)(4) y siguientes y Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) de California, Sección 123110 y siguientes]

VIII. Firma del paciente

[C.F.R. 45, Sección 164.508(c)(1)(vi) y Código Civil, Sección 56.11(c)(1)]

Nombre (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Instrucciones

Nota: La Parte IV es la solicitud de divulgación de la información de atención médica de forma verbal o la información de atención médica como parte de la correspondencia por escrito y la Parte V es la solicitud de divulgación de los registros de atención médica impresos.

Parte I - “Información del paciente”: Registra el nombre completo del paciente (apellido, nombre, y segundo nombre), el número del CDCR, la fecha de nacimiento, y la dirección en caso de que esté bajo libertad condicional o en libertad (no es necesario proporcionar una dirección para los pacientes encarcelados).

Parte II - “Persona u organización autorizada para divulgar los registros médicos personales si no es el CDCR”: Registra el nombre y la dirección de la persona u organización para divulgar los registros médicos personales si no es el CDCR.

Parte III - “Persona u organización que recibirá la información”: Registra quién recibirá la información.

Parte IV - “Caso de vencimiento de la autorización o fecha de vencimiento de la divulgación de la información verbal o la correspondencia por escrito”: Usada por el paciente para limitar el periodo de tiempo durante el que puede compartirse la información. El paciente elige una de las tres casillas.

- Si se elige la casilla “Fecha”, el paciente ingresa la fecha en la que desea que venza la autorización.
- Si se elige la casilla “Acontecimiento o conclusión de este caso”, el paciente ingresa el evento con el que vencerá la autorización. Debe ser un evento para el cual puede establecerse una fecha.

Parte V - “Registros de atención médica impresos que se divulgarán”: Contiene una línea designada para el rango de tiempo de los registros de atención médica impresos que se divulgarán.

La parte inferior incluye nueve casillas. Los pacientes eligen las casillas para divulgar cada tipo específico de información, conforme se describe a continuación:

- “**Servicios médicos**” se elige cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con la atención médica.
- “**Servicios dentales**” se elige cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con el tratamiento dental.
- “**Servicios de salud mental**” se elige cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con la salud mental.
- “**Enfermedad transmisible**” se elige cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con las pruebas y el tratamiento de enfermedades transmisibles. Las enfermedades transmisibles incluyen las infecciones de transmisión sexual.
- “**Pruebas genéticas**” se elige cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con pruebas genéticas.
- “**Resultados de pruebas de VIH**” se elige cuando el paciente desea que se divulguen los resultados de pruebas de VIH.
- “**Abuso de sustancias o alcohol**” se elige cuando el paciente desea que se divulguen los registros de abuso de sustancias o alcohol.
- “**Otros**” se elige cuando el paciente desea restringir aún más o autorizar aún más la divulgación de su información médica debe escribir sus deseos en la línea que se proporciona.
- “**Notas de psicoterapia**” se elige cuando el paciente desea que se divulguen las notas de psicoterapia. Las solicitudes para las notas de psicoterapia requieren un CDCR 7385 por separado y no podrán venir acompañadas por ninguna otra solicitud de registros de atención médica.

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) existe una diferencia entre la información sobre la salud personal y las notas de psicoterapia. A continuación se presenta la definición de la HIPAA de las notas de psicoterapia (Sección, 164.501):

Las notas de psicoterapia se refieren a las notas que registra (en cualquier medio) un proveedor de atención médica, que es un profesional de la salud mental, y que documentan o analizan los contenidos de la conversación durante una sesión de orientación privada o grupal, conjunta o en familia, y que son independientes del resto del historial médico del individuo. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas médicas y el monitoreo, las horas de inicio y término de la sesión de orientación, las modalidades y las frecuencias del tratamiento proporcionado, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes puntos: diagnóstico, estado funcional, plan del tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.

Instrucciones (continuación)

Parte VI - “Propósito de la divulgación o uso de la información”: Debe elegirse por lo menos una casilla. El paciente puede usar esta sección para elegir las casillas proporcionadas o seleccionar “Otro” y describir las razones por las cuales quiere que se divulgue la información. Si el paciente no desea establecer un propósito, puede elegir la casilla “Otro” y escribir “A solicitud de la persona que autoriza la divulgación”.

Parte VII - “Información de la autorización”: Debajo de esta sección se presentan siete puntos que detallan los derechos del paciente con respecto a la autorización de la divulgación de la información.

1. Informa al paciente que está dando la autorización de manera voluntaria.
2. Explica cómo detener esta autorización. El paciente puede revocar la autorización mediante una notificación que detenga la autorización a la Administración de Información sobre la Salud de la institución. Cuando la Administración de Información sobre la Salud reciba la revocación, la autorización se quitará del historial médico del paciente.
3. Explica que la firma de esta autorización es voluntaria y no afectará el tratamiento.
4. Explica que el receptor de la información protegida sobre la salud bajo esta autorización tiene prohibido volver a divulgar la información, a no ser que cuente con una autorización por escrito del paciente o conforme lo solicite de manera específica la ley.
5. Explica que la información divulgada puede ya no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad dependiendo del receptor previsto de la información divulgada.
6. Explica que el paciente tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta se le enviará al paciente mediante la Administración de Información sobre la Salud.
7. Explica que es posible que se cobre una tarifa razonable para cubrir los costos de las copias y el envío relacionados con la divulgación de la información sobre la salud del paciente.

Parte VIII - “Firma del paciente”: La parte inferior de la página dos es para la firma del paciente o de su representante. El nombre del paciente en letra de molde, la firma y la fecha se pondrán en los recuadros proporcionados. Si un representante del paciente (por ejemplo, un representante con poder notarial, un representante de bienes, un pariente) llena esta autorización, deberá ingresar su nombre y su relación con el paciente en letra de molde, su firma y la fecha en los recuadros proporcionados. Deberá adjuntarse una copia del poder notarial, las cartas emitidas en los trámites de bienes o la declaración de parentesco.