

AUTORIZACION PARA Ó UTILIZAR DIVULGAR INFORMACION MEDICA

NOMBRE DE PACIENTE: _____

Por medio del presente autorizo a Pair & Marotta Physical Therapy a:

Obtener registros de: _____

Liberar toda informacion medica referente a mi historia medica, fisica y tratamiento recibido:

Personas ó organizaciones autorizadas a recibir la informacion

Domicilio – calle, ciudad, estado, codigo postal

Objetivo del uso o divulgacion solicitados: Solicitud de paciente

Otro: _____

Limitaciones, si existen:

Vencimiento: Esta autorizacion vence el (*fecha*) _____

Mis Derechos:

- Puedo negarme a firmar esta autorizacion. Al negarme no afectara mi calificacion para obtener tratamiento o pago ni mi calificacion para obtener beneficios. ⁽¹⁾
- Puedo inspeccionar ó obtener una copia de la informacion medica cuyo uso o divulgacion se me solicita que autorice.
- Puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentar mi revocacion en este domicilio: _____

Mi revocacion tendra vigencia cuando se reciba, excepto en la medida en que otras personas hayan actuado basados en esta autorizacion.

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion. (3)
- El destinatario de la informacion divulgada en virtud de esta autorizacion puede Volver a divulgarla. Dicha nueva divulgacion en algunos casos no es prohibido por la ley del Estado de California, y puede no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe la informacion sobre mi salud la revele, a menos que yo autorize dicha revelacion o que esta sea requerida por la ley o permitida por esta.

Paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____ Telefono Numero: _____
 (opcional)

Direccion: _____ Fax: _____

Firma: _____
 (representante legal)

Fecha: _____ Hora: _____

Si no lo firma el paciente, indique la relacion con esta: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
 (representante legal)

1. If any of the HIPAA recognized exceptions to this statement apply, then this statement must be changed to describe the consequences to the individual of a refusal to sign the authorization when that covered entity can condition treatment, health plan enrollment, or benefit eligibility on the failure to obtain such authorization. A covered entity is permitted to condition treatment, health plan enrollment or benefit eligibility on the provision of an authorization as follows: (i) to conduct research-related treatment, (ii) to obtain information in connection with a health plan's eligibility or enrollment determinations relating to the individual or for its underwriting or risk rating determinations, or (iii) to create health information to provide to a third party or for disclosure of the health information to such third party, Under no circumstances, however, may an individual be required to authorize the disclosure of psychotherapy notes.
2. Patients of federally assisted substance abuse programs and patients whose records are covered by LPS may revoke an authorization verbally.
3. Under HIPAA, the individual must be provided with a copy of the authorization when it has been requested by a covered entity for its own uses and disclosures (45 CFR section 164.508).



5337 Truxtun Avenue
 Bakersfield, CA. 93309

Revised 01/2020