

Autorización para el uso de información privada Ventura County Hematology Oncology Specialists

Como lo requiere la ley de rendición de cuentas de 1996 y portabilidad de información de la salud (HIPAA) y la ley de California, esta práctica puede no utilizar o revelar su información de salud individualmente identificable excepto según lo dispuesto en nuestro aviso de prácticas de privacidad sin su autorización. La finalización de esta forma significa que está dando permiso para los usos y divulgación que se describe a continuación. Por favor, revise y complete este formulario cuidadosamente. Puede ser inválida si no es completado. Puede pedirle a la persona o entidad que desea que reciban su información para completar las secciones que se detalla la información que se publicará y efectos de las aplicaciones para la divulgación.

Autorizo a Las Especialistas de Hematología Oncología del Condado de Ventura a utilizar y divulgar información de salud sobre

(Nombre del paciente y dirección) como sigue:

Información de salud que se utiliza o divulga:

Toda información de la salud médica distinta de las notas de psicoterapia puede ser liberada, incluyendo, pero no limitada a registros de salud mental protegidas por la ley Lanterman-Petris-Short, el abuso de las drogas y el alcohol, y/o resultados de la prueba de VIH, si hay alguno, salvo lo específicamente escrita abajo:

Esta información de salud puede ser divulgada a:

(Nombre y dirección de la persona que va utilizar o recibir la información de salud)

La información puede utilizarse únicamente para los fines siguientes (si no desea explicar el propósito, escribir "A petición de la persona.")

Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando esta práctica médica por escrito. Mi revocación no afectará a las medidas adoptadas por esta práctica médica antes a su recepción.

Entiendo que aunque la ley federal no protege información de salud que es revelada a alguien que no sea otro proveedor de atención médica, plan de salud o centro de activación de atención de la salud, en virtud de la Ley de California se prohíben a todos los destinatarios de la información de atención médica revelarla, lo excepto como específicamente requeridos o permitidos por la ley.

Efecto de la denegación de firmar esta autorización:

Entiendo que mi tratamiento de atención de la salud o los beneficios no serán afectadas si firmo o no firmo este formulario.

Esta autorización es efectiva ahora y permanecerá en vigor hasta _____
(Evento de caducidad o de la fecha).

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

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación del paciente: _____