



Coastal Communities Physician Network
656 Santa Rosa Street Suite 2A, San Luis Obispo, CA, 93401
800-763-7732

AUTORIZACION PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Yo autorizo a _____
(Nombre y dirección de la Dr. o proveedor de salud autorizado para revelar información.)

Proporcionar a _____
(Nombre y dirección de la persona u organización a quien será revelada la información.)

La información aquí descrita para _____
(Nombre del paciente.)

Por la siguiente razón: _____

Esta información esta limitada al tipo y la cantidad (indique fechas donde considere necesario).

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Notas del progreso | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología / placas |
| <input type="checkbox"/> Registro vacunas | <input type="checkbox"/> Reportas de consulta |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Patología / laboratorio | <input type="checkbox"/> Registro relacionado con alguna |
| <input type="checkbox"/> Toda información durante los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> lastimadura. |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Mi firma especifica y autoriza a revelar información relacionada con exámenes, diagnostico o tratamiento para:
(Ponga sus iniciales en el área apropiada).

VIH/SIDA el virus del sida _____ **Salud Mental/Desordenes Psiquiátricos** _____
Enfermedades sexualmente transmitidas _____ **Tratamiento de abuso de drogas/alcohol** _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que al revocar esta autorización tiene que ser por escrito y que tiene que ser presentada al Departamento de Manejo de Información para la salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que esto no aplica a mi seguro de salud cuando la ley así lo provee el derecho de contestar algún reclamo bajo mi póliza de salud. A menos de ser revocada esta autorización se vencerá en la fecha, evento o condición:

_____ Esta autorización se vencerá en seis meses si no específico una fecha, evento o condición.

Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficio será condicionado para que yo proveo o rehúse dar esta autorización. Yo entiendo que puede inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o descubierta, previsto en él Código CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier información revelada lleva el potencial de ser revelada y que la información podría no estar protegida por las leyes federales para reglas de confidencialidad. Si tengo preguntas respecto a la información revelada, puedo ponerme en contacto con la Directora de Información de salud (expedientes clínicos). Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización.

_____ Firma del Paciente o Guardián Legal

_____ Fecha de Nacimiento del Paciente

_____ Si no firma el paciente, indique el parentesco

_____ Dirección del Paciente

_____ Número telefónico del Paciente

_____ Firma del Testigo

_____ Fecha

BFMG-301 (Rev. 04/25)

POR FAVOR CONSERVE UNA COPIA DE SU AUTORIZACIÓN FIRMADA.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA
ADENDA

Debido a la legislatura reciente, se requieren permisos adicionales si se solicita la divulgación de información médica personal. Al poner sus iniciales a continuación, usted reconoce y autoriza la divulgación de información de atención médica relacionada con:

Salud reproductiva y otros servicios

(Incluyendo, pero no limitado a, información sobre la atención obstétrica y ginecología de proveedores internos y externos, fertilidad y pruebas de fertilidad, embarazos, fertilización, abortos espontáneos, abortos y atención relacionada con el aborto, esterilizaciones y anticoncepción)

Cuidado de afirmación de género

(Incluyendo, pero no limitado a, información sobre todos los niveles de transición hacia y desde el sexo asignado, todas las operaciones de transición, toda la información relacionada con el cambio de sexo y/o género, tratamientos hormonales y salud conductual relacionada con diagnósticos como la disforia de género)

Omisiones específicas solicitadas:

Para obtener más información, consulte:

Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973)

Dobbs v. Jackson Women's Health Organization, 597 U.S. 215 (2022)

SB 923 de California

45 CFR 164.502(a)(5)(iii)

Aviso de prácticas de privacidad para Coastal Communities Physician Network