



Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
 Kaiser Foundation Hospitals
 The Permanente Medical Group, Inc.

MR #: _____

Name: _____

AUTORIZACIÓN DE USO Y/O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE MIEMBROS O DE PACIENTES / AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF MEMBER/PATIENT HEALTH INFORMATION

IMPRINT AREA

Entiendo que Kaiser Permanente no hará que el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios dependa del hecho de que yo preste, o me niegue a prestar, esta autorización.

Por la presente autorizo a / I hereby authorize: a revelar información a / to disclose to:

Nombre del que revela la información / Name of Disclosing Party

Nombre del que recibe la información / Name of Recipient

Dirección / Address

Dirección / Address

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

Si solicita datos propios para usted mismo especifique las instalaciones: _____

Datos e información pertenecientes a / records and information pertaining to:

Nombre del miembro o paciente (escriba otros nombres usados) / Name of Member/Patient (List Other Names Used)

Número de Registro Médico / Medical Record Number

Fecha de nacimiento / Date of Birth

Dirección / Address

No. de teléfono / Telephone No.

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor por un año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se especifique otra fecha aquí _____ (Fecha / Date).

REVOCACIÓN: Esta autorización también está sujeta a revocación por escrito por el miembro o paciente en cualquier momento. La revocación por escrito tendrá vigor desde el momento en que se reciba, excepto en la medida en que la parte que revela u otros haya(n) actuado basándose en esta autorización.

VUELTA A REVELAR: Entiendo que la parte que recibe la información no está autorizada legalmente a hacer otro uso ni a realizar otra revelación de la información sobre la salud, a menos que obtenga otra autorización de mí o la ley lo requiera o permita específicamente.

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

ESPECIFIQUE LOS DATOS: Marque la casilla, ponga sus iniciales y/o firme para especificar el tipo de información a revelarse.

INFORMACIÓN MÉDICA

_____ (Iniciales / Initial)

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

_____ Firma / Signature

_____ Fecha / Date

**INFORMACIÓN SOBRE DROGAS
O ALCOHOL**

_____ Firma / Signature

_____ Fecha / Date

RESULTADOS DE PRUEBA DEL VIH

_____ Firma / Signature

_____ Fecha / Date

DATOS GENÉTICOS

_____ Firma / Signature

_____ Fecha / Date

Especifique los datos a revelarse / Specify the records to be disclosed: _____

El que la reciba podrá usar la información sobre la salud autorizada en este formulario para los siguientes propósitos / The recipient may use the health information authorized on this form for the following purposes: _____

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

El miembro o paciente tiene derecho a recibir copia de esta autorización.

_____ Fecha / Date

_____ Firma / Signature

Si firma alguien que no sea el miembro o paciente, indique la relación /
If Signed by Other than Member/Patient, Indicate Relationship

PAGE 2 OF 2