



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 1 of 6

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Cuando llene y firme este formulario, se divulgará su información médica según lo descrito por usted en este documento. Antes de firmarlo, lea detenidamente cada sección y llene las secciones que se requieran. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación a terceros. Escriba con letra clara y legible toda la información requerida en este formulario, y luego fírmelo en la última página.

**SECCIÓN A:**

Nombre del paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de expediente médico: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B:**

\*\*Marque la casilla correspondiente a la institución u otros proveedores de salud autorizados para **divulgar** la información:

**USTED AUTORIZA A:**

<input type="checkbox"/> <b>Stanford Health Care (SHC)</b> 300 Pasteur Drive Stanford, CA 94305 T: 650-723-5721 • F: 650-725-9821	<input type="checkbox"/> <b>Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC)</b> 5555 W. Las Positas Blvd. Pleasanton, CA 94550 T: 925-373-8019 • F: 925-373-4126
<input type="checkbox"/> <b>University HealthCare Alliance (UHA)</b> 7999 Gateway Blvd #200 Newark, CA 94560 T: 510-731-2675 • F: 510-731-2643	<input type="checkbox"/> <b>Specify UHA Clinic</b> Name: Address:

**A DIVULGAR A:** \_\_\_\_\_  
(Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información)

en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado y código postal)



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 2 of 6

**SECCIÓN C:** Describa específicamente cuál información médica desearía que se divulgara. Para ello, llene la información pertinente más abajo. Para que podamos divulgar cierto tipo de información médica específica, usted deberá indicárnoslo por separado. Algunos ejemplos de este tipo de información son los resultados de pruebas de detección del VIH o de trastornos hereditarios, los servicios de planificación familiar y cierta información sobre salud mental. Si desea que dicha información se divulgue, deberá indicarlo por separado en las casillas C.2, C.3, C.4, C.5 y C.6 más abajo. **Para autorizar la divulgación de la información descrita, debe marcar cada casilla y escribir sus iniciales al lado.**

**C.1: Divulgación de información médica general** Importante: si no marca ninguna de las casillas de las secciones C.2, C.3, C.4, C.5 o C.6 de abajo, y en su expediente hay información como la descrita en esas secciones, dicha información no se incluirá en la divulgación si usted solo marca las casillas que están en la sección C.1. Sin embargo, incluiremos los expedientes sobre su salud mental, con excepción de lo descrito en la sección C.2.

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se divulgue información sobre fechas específicas en las que se le prestaron servicios, y no su expediente médico completo.

Indique las fechas de los servicios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea describir en más detalle la información médica que quiere divulgar. Descríbala aquí:

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se divulgue su expediente médico completo.

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se divulguen sus radiografías o se entreguen los discos compactos donde se grabaron las mismas.

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si desea que se divulguen sus registros de facturación o la información de facturación.

**C.2: Información sobre salud mental**

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha estado internado(a) en las unidades G2 o H2 del hospital (SHC) o la unidad Legends (Stanford Health Care-ValleyCare) para recibir servicios psiquiátricos y si desea que se divulgue esta parte de su expediente. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido servicios psiquiátricos ambulatorios en la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria cuya dirección es 401 Quarry Road, Palo Alto, CA, y desea que se divulguen estos expedientes. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION (SPANISH) Page 3 of 6

social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido servicios psiquiátricos ambulatorios en la Clínica Ambulatoria Arrillaga de Psicología del Deporte cuya dirección es 341 Galvez Street, Stanford, CA, y desea que se divulguen estos expedientes. Tenga presente que el médico, psicólogo licenciado, trabajador social o terapeuta matrimonial/familiar que haya estado a cargo del paciente podría negarse a divulgar su información en ciertas circunstancias.

**AVISO IMPORTANTE SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL:** Si usted recibió servicios de salud mental, por ejemplo una consulta psiquiátrica, cuando estaba internado(a) en alguna de las unidades de psiquiatría del hospital que no haya sido la unidad G2 o H2 (SHC), o la unidad Legends (Stanford Health Care-ValleyCare), o cuando fue paciente ambulatorio en una de las clínicas ambulatorias que no haya sido la Clínica Psiquiátrica Ambulatoria en 401 Quarry Road, Palo Alto, CA, o de la Clínica Arrillaga de Psicología del Deporte en 341 Galvez Street, Stanford, CA, se divulgarán las notas sobre salud mental que aparezcan en su expediente general si usted marca las casillas de la sección C.1. Divulgaremos toda la información que esté en su expediente general, tal como lo haya indicado en la sección C.1. Dicha información puede incluir notas sobre salud mental si usted fue atendido(a) en otros centros que no hayan sido la unidad psiquiátrica del hospital ni la clínica psiquiátrica ambulatoria. No excluirémos ni editaremos la información que esté en el expediente general (incluidas las notas sobre salud mental) para las divulgaciones que usted autorice en la sección C.1. Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación.

### **C.3: Resultados de las pruebas de detección del VIH**

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si le han hecho pruebas para detectar el VIH y desea que se divulguen esos resultados.

### **C.4: Resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios**

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si le han hecho pruebas para detectar trastornos hereditarios y desea que se divulguen esos resultados. Entre las pruebas de detección de trastornos hereditarios figuran las incluidas en los expedientes de pruebas prenatales, neonatales, y realizadas durante la infancia y la adultez o los servicios de consejería genética relacionados *que fueron provistos por el Departamento de Consejería Genética* (todos los resultados de pruebas y expedientes generados como parte del Programa de Trastornos Hereditarios). La divulgación de esta información podría implicar los siguientes riesgos: la divulgación subsiguiente, por parte del destinatario, de los resultados de las pruebas de detección de trastornos hereditarios; y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral. La divulgación de esta información podría implicar los siguientes beneficios: la predeterminación de enfermedades genéticas, la coordinación de la atención médica y opciones de tratamiento. Hable con su médico acerca de los riesgos y beneficios de pruebas específicas.



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

**C.5: Servicios de planificación familiar**

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si ha recibido los servicios del programa de California para el acceso, cuidado y tratamiento para la planificación familiar (*California Family Planning, Access, Care and Treatment, FPACT*) y desea que se divulgue esta información. Entre los servicios del programa FPACT pueden figurar servicios clínicos, medicinas y servicios de suministro o servicios de laboratorio de la clínica ginecológica (GYN) o la clínica de endocrinología de la reproducción y la infertilidad (REI). Si una persona menor de edad ha recibido servicios de planificación familiar, la divulgación de estos expedientes requiere la autorización de dicha persona.

**C.6: Acceso de un médico no tratante al expediente médico electrónico**

\_\_\_\_\_ Marque aquí **y escriba sus iniciales** al lado de la casilla si autoriza a los siguientes médicos que no participan en su tratamiento a acceder a su expediente médico electrónico y usted no está solicitando la divulgación del expediente médico impreso: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN D:**

Deseo que la información se divulgue de la siguiente forma: (*Seleccione solo una opción*)

- Copia en papel       CD/DVD codificado       Archivo electrónico en PDF  
(a solicitud del paciente solamente)

Deseo que esta información se divulgue por el siguiente método: (*Seleccione solo una opción*)

- Correo
- Retirar personalmente (Fecha): \_\_\_\_\_ (Ubicación): \_\_\_\_\_
- Fax (Solicitudes de atención continuada solamente) Anote el número de Fax: \_\_\_\_\_
- Correo electrónico seguro (a solicitud del paciente solamente)  
Anote el correo electrónico: \_\_\_\_\_
- MyHealth

**SECCIÓN E:** Indique el motivo por el cual desea que su información médica sea divulgada.

- Marque aquí si usted es el paciente y no quiere explicar el motivo.
- Marque aquí si la divulgación no es para el paciente, y explique el motivo de la misma aquí:

**SECCIÓN F:**

**VENCIMIENTO:** A menos que se especifique otra fecha, esta autorización vencerá al año (1 año) de haber sido firmada: \_\_\_\_\_  
(anotar la fecha)



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

**AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION (SPANISH)** Page 5 of 6

---

**SECCIÓN G:****SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD:**

- Usted puede negarse a firmar esta autorización. Su negativa no afectará su capacidad para recibir tratamiento o pagos del seguro, ni su idoneidad para recibir beneficios.
- Podrá revocar esta autorización en cualquier momento, pero debe hacerlo por escrito a la siguiente dirección: Stanford Health Care, 300 Pasteur Drive, MC 6330, Stanford, CA 94305. Su revocación entrará en efecto cuando se reciba, salvo en la medida en que terceros ya hayan actuado a partir de esta autorización.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario. En algunos casos, es posible que la divulgación subsiguiente de la información no esté protegida por las leyes estatales o federales. Tenga en cuenta que, si desea imponer restricciones en cuanto al uso de la información médica por parte del destinatario, debe comunicarse directamente con el mismo.

.....

**SECCIÓN H: Advertencias antes de firmar**

- La información médica que se divulgará luego de que usted haya firmado esta autorización podría volver a ser divulgada por el destinatario. Si esto ocurre, es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.
  - Le instamos a pedir una copia de sus expedientes y a repasarlos antes de autorizar su divulgación a terceros.
  - La divulgación de esta información podría implicar ciertos riesgos, por ejemplo: su divulgación subsiguiente por parte del destinatario, y la pérdida o posible perjuicio de los beneficios de seguro o de la situación laboral.
  - Si tiene preguntas sobre este formulario de autorización o sobre la divulgación de su información médica, antes de firmarlo llame al Departamento de HIMS de Stanford Health Care al 650-723-5721 o al Departamento HIMS de University Healthcare Alliance (UHA) al 510-731-2676 o al Departamento de HIMS de Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC) al 925-373-8019.
- .....



Stanford Health Care (SHC)  
300 Pasteur Drive  
Stanford, CA 94305  
Phone: 650-723-5721

**AUTHORIZATION • DISCLOSURE OF  
HEALTH INFORMATION (SPANISH)** Page 6 of 6

**SECCIÓN I:** Para autorizar a Stanford Health Care (SHC), University Healthcare Alliance (UHA) y/o Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC) a divulgar su información tal como se indica en este formulario, fírmelo y escriba la fecha.

*Nombre del paciente (letra imprenta):* \_\_\_\_\_  
*Name of Patient (please print)*

*Nombre del representante legal  
que firma este formulario, si corresponde (letra imprenta):* \_\_\_\_\_  
*Name of legal representative signing this form, if applicable (please print)*

*Parentesco/relación con el paciente:* \_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient (please print)*

*Dirección del paciente o del representante legal  
que firma este formulario (letra imprenta):* \_\_\_\_\_  
*Address of patient or legal representative signing this form (please print)*

*Teléfono del paciente o del representante legal que firma este formulario (letra imprenta):* \_\_\_\_\_  
*Phone number of patient or legal representative signing this form (please print)*

*Si usted no es el paciente y está firmando este formulario de autorización, describa qué autoridad tiene para firmar en nombre del paciente y **PRESENTE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL PROBATORIA QUE CORRESPONDA:***

**Firma del paciente o del representante legal/Signature of Patient or legal representative**

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

DEBE ENTREGARSE AL SOLICITANTE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**SECCIÓN J:** Si decide enviar este formulario por correo postal, seleccione una de las siguientes direcciones:

<input type="checkbox"/> <b>Stanford Health Care (SHC)</b> Health Information Mgmt., MC 6330 300 Pasteur Drive Stanford, CA 94305 T: 650-723-5721 • F: 650-725-9821	<input type="checkbox"/> <b>Stanford Health Care-ValleyCare (SHC-VC)</b> Health Information Management 1111 East Stanley Blvd. Livermore, CA 94550 T: 925-373-8019 • F: 925-373-4126
<input type="checkbox"/> <b>University HealthCare Alliance (UHA)</b> Health Information Management Services 7999 Gateway Blvd #200 Newark, CA 94560 T: 510-731-2675 • F: 510-731-2643	Espacio en blanco

*Patient/Representative Identification Verified: **SHC/UHA/SHC-VC Staff Initials:*** \_\_\_\_\_

**Dept.:** \_\_\_\_\_

(For Office Use Only)