

Autorización para divulgar información de salud protegida

Información general sobre esta autorización:

Esta autorización permite a Catalight Care Services, Easterseals Hawaii (ESH) y Easterseals Northern California (ESNorCal) (de ahora en adelante, denominadas la “Empresa”) divulgar la información de salud protegida (Protected Health Information, “PHI”) del cliente que se especifica. Este formulario de autorización se debe llenar en su totalidad para que la Empresa divulgue la información solicitada.

Solicitud para divulgar la información que contiene PHI referente a:

Primer nombre del cliente

Segundo nombre del cliente

Apellido del cliente

Fecha de nacimiento del cliente

Número de historia clínica (Medical Record Number, MRN)/identificador único de cliente (Unique Client Identifier, UCI)

Persona/organización autorizada para divulgar mi información:

Nombre: Catalight Care Services / Easterseals Hawaii / Easterseals Northern California

Dirección: 2730 Shadelands Drive, Walnut Creek, CA 94598

Teléfono: (855) 843-2476

Propósito de la divulgación:

☐ Personal ☐ Escolar ☐ Seguro ☐ Otro _____

Divulgar los registros a: ☐ Mi persona (dirección abajo) ☐ Un tercero (dirección abajo)

Persona/organización:

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Dirección de correo electrónico

Los registros se enviarán a través de:

☐ Correo postal/USPS

☐ Correo electrónico
encriptado

☐ Serán recogidos en
la Empresa

Descripción de la información a divulgar:

☐ Evaluación inicial

☐ Informe de evaluación

☐ Informe de progreso

☐ Informe de transición

☐ Informe de alta

☐ Notas sobre el manejo del caso clínico

☐ Otro _____

Periodo de cobertura de los registros de: ☐ Del (MM/DD/YY): _____ al: _____

Release Record for:

☐ Divulgación por única vez ☐ _____ meses (no puede exceder 12 meses)

Autorización para divulgar información de salud protegida

Derechos relacionados con la autorización

El cliente o la persona legalmente autorizada para firmar este formulario tiene los siguientes derechos con respecto a la autorización:

- El derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante la presentación de un aviso por escrito dirigido a la Empresa a la dirección que figura al final del formulario. La Empresa tiene derecho a recurrir a esta autorización hasta el momento en que yo la revoque.
- Esta autorización tiene una vigencia de hasta un año a partir de la fecha de entrada en vigor, a menos que se indique un plazo menor en la sección "Liberar la historia clínica para" o se revoque antes de la fecha de vencimiento.
- El derecho a negarse a firmar esta autorización. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no se determinará ni dependerá de que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.
- El derecho a recibir una copia de esta autorización, así como el derecho a revisar o copiar la información de salud divulgada por medio de esta autorización.

Entiendo que la información divulgada como resultado de esta autorización podría volver a divulgarse por parte del destinatario. En algunos casos, esa nueva divulgación no está protegida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad.

Eximo a todas las personas que cumplan esta autorización, incluidos los empleados y los agentes de la Empresa, de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de esta información a la persona o agencia que se antes mencionada.

Al firmar esta autorización, certifico que tengo la autoridad legal para hacerlo.

Nombre del responsable de la toma de decisiones legalmente autorizado:

Firma:

Fecha:

Parentesco con el cliente:

Envíe el formulario llenado por correo postal o electrónico a:

Quality Department
2730 Shadelands Drive
Walnut Creek, CA 94598
ClientRecords@catalight.org