



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

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
DEL MIEMBRO O DE PACIENTE /
AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE
OF MEMBER/PATIENT HEALTH INFORMATION**

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

Entiendo que Kaiser Permanente no aplicará restricciones que pudieran afectar el tratamiento que recibo, los pagos que debo realizar, mi inscripción ni mi elegibilidad para obtener beneficios, independientemente de mi decisión de dar o no mi autorización.

Por la presente autorizo / I hereby authorize:

Destinatario / to disclose to:

Nombre de la parte que revela la información / Name of Disclosing Party

Nombre del destinatario / Name of Recipient

Dirección / Address

Dirección / Address

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

Ciudad / City Estado / State Código postal / ZIP

Si solicita sus propios registros para usted, especifique las instalaciones médicas: _____

Registros e información de / records and information pertaining to:

Nombre del miembro/paciente (escribir todos los nombres usados) /
Name of Member/Patient (List Other Names Used)

Número de historia clínica /
Medical Record Number

Fecha de nacimiento /
Date of Birth

Dirección / Address

Número de teléfono / Telephone

DURACIÓN: Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y será válida por un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se indique aquí una fecha diferente

_____ (Fecha / Date).

REVOCACIÓN: El miembro o paciente puede revocar, por escrito, esta autorización en cualquier momento. La revocación escrita tendrá vigencia desde el momento en que se reciba, pero no afectará a quienes hayan revelado la información ni a otros que hayan actuado de conformidad con esta autorización.

NUEVO DIVULGACIÓN: Entiendo que quien recibe la información no podrá utilizarla ni divulgarla legalmente a menos que obtenga una nueva autorización de mi parte, o bien que este uso o divulgación sea específicamente requerido o contemplado por la ley.

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

ESPECIFICAR EXPEDIENTES: Marque la casilla que corresponda y escriba sus iniciales para indicar qué datos autoriza para que se divulguen.

INFORMACIÓN MÉDICA _____ (Iniciales / Initial)

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA _____
Firma / Signature Fecha / Date

**INFORMACIÓN SOBRE
ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN** _____
Firma / Signature Fecha / Date

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VIH _____
Firma / Signature Fecha / Date

REGISTROS GENÉTICOS _____
Firma / Signature Fecha / Date

Indique qué expedientes pueden divulgarse / Specify the records to be disclosed: _____

El destinatario puede utilizar la información médica que se autoriza en este formulario para los siguientes fines / The recipient may use the health information authorized on this form for the following purposes: _____

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. / A copy of this authorization is as valid as the original.

El miembro o paciente tiene derecho a obtener una copia de esta autorización. / Member/Patient has a right to a copy of this authorization.

Fecha / Date

Firma / Signature

Si firma otra persona que no sea el miembro/paciente, indicar la relación o parentesco /
If Signed by Other than Member/Patient, Indicate Relationship