



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS
CONFIDENCIALES**

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social o de identificación del cliente:
Padre o tutor del cliente:		

Doy mi autorización para que la Clínica Infantil WestCoast (WestCoast Children's Clinic) o el personal que se nombre a continuación divulgue datos por escrito y de manera verbal (divulgación mutua o recíproca) acerca de mis necesidades y los servicios que recibo:

Personal de la clínica infantil de WestCoast:
Número de teléfono: Fax:
Departamento:

A las siguientes personas o entidad:

Individuos o entidad:
Domicilio:
Número de teléfono: Fax:

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN:

Coordinación del tratamiento [] Transferencia [] Legal []
Otro: _____

DATOS ESPECÍFICOS A DIVULGAR:

Expediente completo [] o bien, especificar: _____
Drogadicción/Alcoholismo, Diagnóstico, Tratamiento (42 CFR 2.34/2.35) Iniciales _____
Resultados de prueba de VIH/SIDA (HS 120980(g)) Iniciales _____
Datos sobre pruebas genéticas (HS 124980(j)) Iniciales _____

Fechas de vigencia _____ con vencimiento de _____ (en caso de no indicar fecha, la autorización se vencerá dentro de 12 meses a partir de la fecha de vigencia)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Limitaciones de los datos a divulgar: (anexe una hoja adicional en caso necesario)

AVISO: La clínica infantil WestCoast (WestCoast Children’s Clinic) y muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales, planes médicos y servicios sociales tienen la obligación legal de salvaguardar la confidencialidad de sus datos médicos. **Si usted ha autorizado la divulgación de sus datos médicos a alguien que no tenga la obligación legal de mantenerlos confidenciales, es posible que ya ni las leyes estatales ni federales les den protección.**

SUS DERECHOS: Esta autorización de divulgar los datos médicos es voluntaria. Se prohíbe condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a los beneficios a la firma de esta autorización, salvo en los siguientes casos: (1) para efectuar un tratamiento relacionado con estudios clínicos, (2) para obtener datos relacionados con el derecho a servicios o la inscripción en un plan médico, (3) para determinar la obligación de cualquier entidad de pagar un reclamo, o (4) para crear datos médicos que se vayan a proporcionar a terceros. Si desea más información, favor de consultar nuestra Notificación de Prácticas para la Privacidad.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento. Su revocación debe efectuarse por escrito, con la firma suya o de su representante, y entregarse a: Director of Clinical Services, WestCoast Children’s Clinic, 3301 E. 12th Street, Suite 259, Oakland CA 94601.

La revocación entrará en vigor en cuanto la reciba la clínica infantil WestCoast, salvo en la medida en que la clínica WestCoast u otros ya hayan divulgado y compartido los datos.

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización.

Nombre en letra de molde

Firma (Paciente / Padre del menor / Representante)

Fecha

Relación con el paciente

Miembro del personal de WestCoast Children’s Clinic Staff

Firma