





**AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION - SPANISH**

**(AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD)**

Page 2 of 2

Envíe por correo o fax una copia de este formulario de autorización a la dirección o número de fax mostrado en la lista de direcciones adjunta para el afiliado de Sutter Health, donde recibió la atención. Complete una autorización para cada afiliado si recibió atención en más de un lugar. Gracias.

**Autorización especial (díganos si tenemos permiso para divulgar la siguiente información sensible)**

**Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información:**

- Resultados de la prueba del VIH \_\_\_\_\_(inicial)       Abuso de sustancias \_\_\_\_\_(inicial)  
 Salud mental \_\_\_\_\_(inicial)       Pruebas genéticas \_\_\_\_\_(inicial)

**Término**

Esta autorización deberá entrar en vigencia inmediatamente y deberá seguir en vigencia durante un (1) año a partir de la fecha en que se firmó a menos que aquí se especifique una fecha distinta: \_\_\_\_\_

**Restricciones**

La ley de California prohíbe al destinatario hacer una mayor divulgación de su información de salud a menos que el destinatario obtenga otra autorización de usted o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a destinatarios fuera del estado de California.

**Sus derechos**

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negación no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago  
 Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a esta dirección:

<b>Para los hospitales de Sutter:</b>	<b>Palo Alto</b>	<b>Sutter East Bay</b>	<b>Sutter Gould</b>	<b>Sutter Pacific</b>	<b>Sutter Medical</b>
Sutter Shared Services	<b>Medical Foundation</b>	<b>Medical Foundation</b>	<b>Medical Foundation</b>	<b>Medical Foundation</b>	<b>Foundation</b>
Attn: HIM Director	Attn: HIM Director	Attn: HIM Director	Attn: HIM Director	Attn: HIM Director	Attn: HIM Director
P.O. Box 619091	795 El Camino Real	3687 Mt Diablo Blvd. #200	600 Coffee Road	3883 Airway Dr. Suite 320	1014 N. Market Blvd. #10
Roseville, CA 95661	Palo Alto, CA 94301	Lafayette, CA 94549	Modesto, CA 95350	Santa Rosa, CA 95403	Sacramento, CA 95834

- Mi revocación entrará en vigencia al momento de su recepción, pero no tendrá impacto sobre usos o divulgaciones realizadas mientras mi autorización tenía validez.  
 Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización (necesaria si la autorización es solicitada para el uso o divulgación de información de salud por parte del proveedor).  
 Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud para la cual estoy autorizando el uso o divulgación de mi información de salud.

Si esta casilla [ ] está marcada, el centro indicado anteriormente recibirá una indemnización por el uso o divulgación de mi información de salud.

**Firma (como lo exige la ley) Imprima y firme manualmente. No aceptamos firmas electrónicas en este momento.**

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 (Paciente/representante legal)

Si está firmado por alguien distinto al paciente, anote el nombre y la relación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la oficina** Identificación verificada por (nombre): \_\_\_\_\_

Verificado mediante (método):  Identificación fotográfica       Firma coincidente

Otro: \_\_\_\_\_

# Instrucciones del formulario de liberación de responsabilidad

(Nota: Utilice Adobe Reader para escribir directamente en el formulario o imprima y complete manualmente)

---

## Cómo completar la página 1:

### ➤ **Información del paciente:**

- Nombre del paciente: Escriba a máquina o en letra de molde el nombre y apellido del paciente.
- Fecha de nacimiento: Escriba a máquina o en letra de molde la fecha de nacimiento del paciente.
- NRM: Escriba a máquina o en letra de imprenta el número de registro médico (si se conoce), de lo contrario deje el espacio en blanco.
- Dirección, ciudad, estado, código postal, teléfono y correo electrónico: Denos su dirección completa, incluyendo el número de teléfono y la dirección de correo electrónico.

➤ **Tipo de acceso solicitado.** Díganos cómo quiere que creamos sus registros —en papel, en CD, correo electrónico (cifrado), correo electrónico (no cifrado), o en My Health Online—. Marque SOLO una opción.

➤ **Método de entrega.** Díganos cómo quiere que enviemos su información (por correo postal, por correo electrónico, por fax, por el portal de My Health Online o si prefiere recogerla). Si es por correo electrónico, la enviaremos cifrada para proteger su privacidad a menos que usted nos diga lo contrario. Si prefiere retirarla, usted debe encargarse de recoger sus expedientes en el departamento local de administración de información de la salud en la instalación donde recibió el tratamiento. Marque SOLO una opción.

➤ **Propósito del uso o divulgación solicitado.** Díganos cómo usará los registros. Esto lo exige la ley. Marque su elección.

➤ **Autorización (Por la presente autorizo).** Haga clic en el menú desplegable para seleccionar el nombre del afiliado de Sutter donde recibió la atención o introdúzcalo manualmente de la lista anexa de instalaciones. Si usted recibió tratamiento en una clínica/fundación de Sutter, denos el nombre de su médico. Esos van a ser los registros que vamos a divulgar.

➤ **Divulgar mi información de salud a.** Díganos a quién deberíamos divulgar los registros. Si es para usted mismo, marque la casilla "Marque esta casilla si es el mismo paciente que aparece arriba".

➤ **Divulgación de información.** Díganos el intervalo de fechas en que recibió su atención y los registros que desea que se le revelen. Marque la casilla correspondiente que sea aplique a su caso.

- ***Registros hospitalarios (pacientes hospitalizados y ambulatorios):*** Seleccione solo si recibió atención médica en uno de nuestros hospitales. La divulgación de información para puede incluir contiene el resumen del alta, la historia e informes médicos, notas de la consulta, resultados de pruebas, informes operativos y del procedimiento, resultados de patología y otra información clínica pertinente.
- ***Registros de la fundación clínica:*** Seleccione solo si desea registros de su visita al consultorio médico.  
Denos el nombre de su proveedor para agilizar su solicitud. La información revelada a usted puede incluir notas del consultorio, notas de examen médico y otra información clínica

pertinente.

- **Informes de radiología:** Seleccione solo si desea una copia de los últimos resultados de su prueba de radiografía.
- **Imágenes de radiología:** Seleccione solo si desea una copia de película en CD de sus pruebas de radiografía.
- **Prueba(s) de laboratorio:** Seleccione solo si desea una copia de sus últimos resultados de laboratorio.
- **Registros de facturación:** Seleccione solo si desea una copia desglosada de su factura.
- **Otro:** Díganos qué otros tipos de registros puede necesitar.

Pueden aplicarse tarifas por concepto de copia según lo permitido por la ley. Si se aplican tarifas, nos comunicaremos con usted antes de divulgar los registros.

## **Cómo completar la página 2:**

- **Autorización especial.** Díganos si tenemos permiso para divulgar tipos especiales de registros que están protegidos de forma separada por la ley (si procede). Marque y escriba sus iniciales en todo lo que corresponda.
- **Vencimiento.** Introduzca una fecha específica de cuándo desea que venza esta autorización. Si no se especifica, el formulario será efectivo por un año a partir de la fecha de recepción.
- **Restricciones.** Solo para su información.
- **Sus derechos.** Solo para su información.
- **Firma, fecha y hora (como lo exige la ley).** El paciente o el representante del paciente debe firmar, poner la fecha y hora en el formulario. Si usted no es el paciente, introduzca su nombre y la relación con el paciente. No aceptamos firmas electrónicas en este momento.

**Nota:** Para su protección, se le solicita, aunque no es obligatorio, que incluya una copia legible de una identificación con foto junto con el formulario de solicitud para propósitos de verificación de identidad.

**Sutter Health Affiliate Listing (Hospitals and Foundations/Clinics) for Requesting Medical Record Copies**

Facility Name	Address	City	State	Zip	HIM Dept #	Fax #
Alta Bates Comprehensive Cancer Center	2001 Dwight Way	Berkeley	CA	94704	(510) 204-5091	(510) 204-2043
Alta Bates Summit Medical Center - Ashby Campus	2450 Ashby Ave - Room 1140	Berkeley	CA	94705	(510) 204-1446	(510) 841-8818
Alta Bates Summit Medical Center - Herrick Campus	2001 Dwight Way	Berkeley	CA	94704	(510) 204-1446	(510) 841-8818
Alta Bates Summit Medical Center - Merritt Campus	350 Hawthorne Ave	Oakland	CA	94609	(510) 655-4000	(510) 655-8114
California Pacific Medical Center - California Campus	3700 California St - Ste 1570	San Francisco	CA	94118	(415) 600-6246	(415) 600-2113
Eden Medical Center	20103 Lake Chabot Rd	Castro Valley	CA	94546	(510) 727-3065	(510) 888-9198
Memorial Hospital Los Banos	520 I Street	Los Banos	CA	93635	(209) 826-0591	(209) 827-0102
Memorial Medical Center	1700 Coffee Rd	Modesto	CA	95355	(209) 572-7252	(209) 569-7333
Menlo Park Surgical Hospital	570 Willow Rd	Menlo Park	CA	94025	(650) 324-8500	(650) 289-9034
Mills-Peninsula Health Services	1501 Trousdale Drive	Burlingame	CA	94010	(650) 696-5595	(650) 696-7828
Novato Community Hospital	180 Rowland Way	Novato	CA	94945	(415) 209-1454	(415) 209-1451
Palo Alto Medical Foundation - Camino Division	MS 10-306 - 701 E. El Camino Real	Mountain View	CA	94040	(408) 523-3267	(408) 524-5034
Palo Alto Medical Foundation - Mills Division	MS 10-306 - 701 E. El Camino Real	Mountain View	CA	94041	(408) 523-3267	(408) 524-5034
Palo Alto Medical Foundation - Palo Alto & Alameda Divisions	795 El Camino Real	Palo Alto	CA	94301	(650) 853-4745	(650) 853-6093
Palo Alto Medical Foundation - Santa Cruz Division	2880 Soquel Ave - Ste 1	Santa Cruz	CA	95062	(831) 458-5520	(831) 479-6636
St. Luke's Hospital	3555 Cesar Chavez St	San Francisco	CA	94110	(415) 641-6515	(415) 641-6735
Sutter Amador Hospital	200 Mission Blvd	Jackson	CA	95642	(209) 223-4713	(209) 223-7585
Sutter Auburn Faith Hospital	11815 Education St	Auburn	CA	95602	(530) 888-4510	(530) 888-4592
Sutter Center for Psychiatry	7700 Folsom Blvd	Sacramento	CA	95826	(916) 386-3603	(916) 386-3075
Sutter Coast Hospital	800 East Washington Blvd	Crescent City	CA	95531	(707) 464-8665	(707) 464-8877
Sutter Davis Hospital	2000 Sutter Place	Davis	CA	95616	(530) 757-5106	(530) 757-5127
Sutter Delta Medical Center	3901 Lone Tree Way	Antioch	CA	94509	(925) 779-3039	(925) 779-3009
Sutter East Bay Medical Foundation	3687 Mt. Diablo Blvd - Ste 200	Lafayette	CA	94549	(510) 204-6695	(510) 549-9319
Sutter Gould Medical Foundation - Modesto	600 Coffee Rd	Modesto	CA	95350	(209) 521-1211	(209) 526-7146
Sutter Gould Medical Foundation - Stockton	2505 W. Hammer Lane	Stockton	CA	95209	(209) 956-1552	(209) 473-9388
Sutter Lakeside Hospital	5176 Hill Road East	Lakeport	CA	95463	(707) 262-5060	(707) 262-5173
Sutter Maternity & Surgery Center Santa Cruz	2900 Chanticleer Ave	Santa Cruz	CA	95065	(831) 477-2207	(831) 477-2209
Sutter Medical Center Sacramento	2825 Capitol Ave	Sacramento	CA	95816	(916) 887-1030	(916) 887-1035
Sutter Medical Foundation	1014 N. Market Blvd #20	Sacramento	CA	95834	(855) 421-3530	(855) 421-9633
Sutter Pacific Medical Foundation - North Bay	3883 Airway Dr - Ste 320	Santa Rosa	CA	95403	(707) 521-8990	(707) 573-5407
Sutter Pacific Medical Foundation - South Bay	3883 Airway Dr - Ste 320	Santa Rosa	CA	95403	(707) 521-8990	(707) 573-5407
Sutter Roseville Medical Center	One Medical Plaza	Roseville	CA	95661	(916) 781-1074	(916) 781-1553
Sutter Santa Rosa Regional Hospital	30 Mark West Springs Rd	Santa Rosa	CA	95404	(707) 576-4215	(707) 541-9107
Sutter Solano Medical Center	300 Hospital Dr	Vallejo	CA	94589	(707) 554-5070	(707) 554-5110
Sutter Tracy Community Hospital	1420 N. Tracy Blvd	Tracy	CA	95376	(209) 832-6058	(209) 832-6043
Sutter Shared Services	PO Box 619091	Roseville	Ca	95661	(916) 297-9034	(916) 736-5499