



(\*Kaiser Permanente entities are listed on reverse side of this form)

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Número de historia clínica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota:** Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

**Kaiser Permanente puede revelar esta información a:**  Marcar si es la misma que la anterior  
**Nombre del destinatario:** \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Esta revelación se puede utilizar para los siguientes fines:**  Uso personal  Legal  Seguro  
 Tratamiento médico  Verificación de afección médica  Discapacidad  FMLA  Seguro por accidentes de trabajo

**Marque SOLAMENTE una de las siguientes tres opciones para identificar la información de salud que se revelará.**  
 **Opción 1:** Cumplimentación de formulario (se podría revelar un formulario sustituto o expedientes médicos relevantes)  
 **Opción 2:** Los últimos 2 años de registros del Consultorio Médico de Kaiser Permanente y de Kaiser Foundation Hospital.  
 **Opción 3:** Registros tal como se ha especificado. Debe completar los pasos 1 y 2 a continuación.  
Paso 1. Ingrese el intervalo de fechas o la(s) fecha(s) de los registros que se van a revelar: \_\_\_\_\_  
Paso 2. Seleccione los tipos de registros que se revelarán:  
 Consultorio Médico de KP  Kaiser Foundation Hospital  Vacunación  Resultados de laboratorio  
 Imágenes de diagnóstico  Copagos y deducibles  Facturas detalladas  Farmacia  
 Otro (proveedor, departamento, especialidad): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Los expedientes del Hospital y del Consultorio Médico divulgados como parte de esta autorización pueden contener referencias relacionadas con salud mental, adicción y afecciones médicas relacionadas con el VIH.

**Marque las casillas a continuación si desea que esta divulgación incluya la siguiente información. De lo contrario, se excluirá esta información.**  
 Expedientes de tratamiento de salud mental  Expedientes del tratamiento de medicina de la adicción  
 Resultados de los exámenes del VIH

**Tipo de medio:**  Electrónico  Papel **Preferencia de entrega:**  Electrónico  Correo postal  Recogida en persona

**DURACIÓN:** La autorización permanecerá en vigor durante un año desde la fecha de firma a continuación. Sin embargo, el Washington, D.C. el permiso para divulgar expedientes sobre el tratamiento de medicina de la adicción vence después de seis (6) meses.  
**REVOCACIÓN:** Usted o su representante personal puede cancelar esta autorización para futuras divulgaciones enviando una petición por escrito a la Unidad de Divulgación de Información de su región de servicio que aparece al reverso de este formulario. Su cancelación no afectará a la información que se hubiera divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.  
**NUEVA DIVULGACIÓN:** Una vez que se ha divulgado esta información, no se puede proteger bajo la ley federal de privacidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996). El estado u otras leyes federales pueden requerir que el destinatario obtenga su autorización antes de volverla a divulgar.

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a si firma o no firma esta autorización. La divulgación se realiza a su petición. Para los pacientes de Virginia, se incluirá en su historia clínica una copia de esta autorización y una nota que indica a quién se divulgará su información. Una copia de la autorización original es válida. Tiene derecho a obtener una copia de esta autorización completada.

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma Si es el representante personal, escriba su nombre/relación

“Kaiser Permanente” se refiere a su compañía de seguro (un plan de salud de Kaiser Permanente) y sus médicos (un grupo médico o dental de Kaiser Permanente). También incluye diferentes grupos en función de dónde viva.

**Todos los estados donde funcionamos:**

- Kaiser Foundation Hospitals

**California:**

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Northern California Region
- The Permanente Medical Group
  
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Southern California Region
- Southern California Permanente Medical Group

**Colorado:**

- Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
- Colorado Permanente Medical Group, P.C.

**Georgia:**

- Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
- The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

**Hawaii:**

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Hawaii Region
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.

**Estados en la parte media de la costa del Atlántico:**

- Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
- Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C.

**Noroeste:**

- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Northwest Permanente, P.C.
- Permanente Dental Associates, P.C.