

Todas las secciones deben completarse para que se reconozca la autorización. Use "N/A" si no aplica.

I. Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
 CDCR#: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección _____ Ciudad/estado/código postal: _____

II. Individuo/organización autorizados para liberar registros de salud personal aparte del CDCR

Nombre: _____
 Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

III. Individuo u organización que recibirá la información

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(ii), (iii) y Código Civil § 56.11(e), (f)]

El abajo firmante, por la presente, autoriza a la Gerencia de Información de Salud del CDCR a divulgar la información de salud de conformidad con esta autorización.

Nombre: _____
 Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
 Dirección _____ Ciudad/estado/código postal: _____

IV. Evento de vencimiento de autorización o fecha de vencimiento para la divulgación de la información verbal o correspondencia escrita

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(v) y Código Civil § 56.11(h)]

A menos que el paciente la anule, esta autorización para divulgar la información de atención médica al individuo u organización indicados anteriormente caducará en la fecha especificada a continuación, al momento del evento especificado o a los 12 meses posteriores a la fecha firmada en la sección IX, lo que ocurra primero:

Fecha de vencimiento: _____ Evento: _____
 Desde (dd/mm/aaaa): _____ Hasta (dd/mm/yyyy): _____

V. Registros de atención médica que serán divulgados - General

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(i) & Código Civil § 56.11(d), (g)]

Autorizo la divulgación de los registros del periodo de tiempo indicado (debe llenarse para recibir los registros):

Desde (dd/mm/aaaa): _____ Hasta (dd/mm/yyyy): _____
 Servicios médicos Servicio dental Otros: _____

NOTA: Los registros divulgados en esta autorización podrían referir a condiciones médicas como su salud mental, trastornos por consumo de estupefacientes, tratamientos asistidos con fármacos, pruebas genéticas, enfermedades transmisibles y diagnóstico de VIH.

VI. Registros de salud que serán divulgados - Específicos

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(i) & Código Civil § 56.11(d), (g)]

Registros de enfermedad transmisible	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____
Registros de pruebas genéticas	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____
Resultados de pruebas de VIH	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____
Registros de tratamientos asistidos	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____
Registros de tratamiento de salud mental	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____
Trastorno por abuso de sustancias	desde _____ hasta _____	Firma: _____	Fecha: _____

NOTA: Los registros de salud divulgados en esta autorización podrían referir a condiciones médicas como tratamientos dentales, médicos y psicológicos; trastornos por abuso de sustancias, tratamientos asistidos, pruebas genéticas, enfermedades transmisibles y VIH.

Las solicitudes para obtener las notas de psicoterapia requieren una CDCR 7385 aparte y no deben incluir ningún otro registro.

Notas de psicoterapia

Todas las secciones deben completarse para que se reconozca la autorización. Use "N/A" si no aplica.

VII. Propósito de la divulgación o uso de la información

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(iv)]

Salud médica Uso personal Legal Otro (especifique, por favor): _____

VIII. Información de autorización

Entiendo lo siguiente:

1. Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individual, identificable y protegida según lo descrito anteriormente para el propósito indicado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

2. Tengo derecho a anular esta autorización. Para hacerlo, entiendo que debo enviar mi solicitud por escrito a la Gerencia de Información de la Salud (registros de salud) de mi institución actual. Dicha solicitud cancelará toda divulgación adicional de mi información de salud protegida en la fecha en la que la Gerencia de Información de la Salud la reciba. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(i)]

3. Firmo esta autorización voluntariamente y entiendo que mi tratamiento de atención médica no se verá afectado si no la firmo. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(ii)]

4. Según la ley de California, el destinatario autorizado de la información de salud protegida tiene prohibido divulgar nuevamente la información de salud protegida, a menos que tenga una autorización escrita o la ley lo permita o lo requiera específicamente. [Código Civil § 56.13]

5. Si la organización o persona a la que autoricé para recibir la información de salud protegida no es parte de ningún plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada podría no estar protegida por las normas de privacidad federales y estatales. [45 C.F.R. § 164.524(a)(2)(v)]

6. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. [45 C.F.R. § 164.508(c)(4) y Código Civil § 56.11(i)]

7. Puede que se cobren tarifas razonables para cubrir el costo de las copias y del franqueo relacionados con la divulgación de dicha información de salud protegida. [45 C.F.R. § 164.524(c)(4) et seq. y Código de Seguridad y Salud de California § 123110, et seq.]

8. Entiendo que mis registros de trastornos por abuso de sustancias están protegidos bajo las normas federales que rigen los Registros de Confidencialidad y Trastornos por Consumo de Estupefacientes del Paciente, 42 C.F.R., Parte 2, y la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R., partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento por escrito, a menos que otras normas lo estipulen.

IX. Firma del paciente

[45 C.F.R. § 164.508(c)(1)(vi) y Código Civil § 56.11(c)(1)]

Nombre (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si no se especifica una fecha de vencimiento en la sección IV, esta autorización caducará a los 12 meses de esta fecha

Nombre de la persona que firma el formulario, si no es el paciente (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Especifique la autoridad que firmará en nombre del paciente: _____

Nombre del traductor o intérprete que asiste al paciente, si aplica (letra de molde): _____

Firma del traductor o intérprete: _____ Fecha: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

CDCR 7385-Sp (Rev. 10/19)

Instrucciones

Nota: La Parte IV es una solicitud de divulgación de información verbal sobre la atención médica o de la información de atención médica como parte de una correspondencia escrita. La Parte V es la solicitud de divulgación de los registros de atención médica.

Parte I - "Información del paciente": registra el nombre completo del paciente (apellido, primer y segundo nombre), número de CDCR, fecha de nacimiento y dirección si la persona es liberada naturalmente o bajo libertad condicional (los pacientes encarcelados no necesitan suministrar su dirección).

Parte II - "Individuo u organización autorizados para divulgar los registros de salud personal aparte del CDCR": registra el nombre y la dirección del individuo u organización autorizados para divulgar los registros de salud personales aparte del CDCR.

Parte III - "Individuo u organización que recibirá la información": registra quién recibirá la información.

Parte IV - "Autorización de evento de vencimiento o fecha de vencimiento para la divulgación de la información verbal o correspondencia escrita": utilizado por el paciente para limitar el periodo de tiempo durante el cual se puede compartir la información.

- El paciente puede elegir la fecha en la desee que caduque la autorización.
- El paciente puede elegir un evento de vencimiento.
- El paciente puede elegir un rango de fechas de información a compartir.
- Si no se especifica una fecha de vencimiento, esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha firmada en la Sección IX.

Parte V - "Registros de atención médica que serán divulgados – General": contiene una línea designada para el rango de fechas de los registros que serán divulgados.

- **"Servicios médicos"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue información relacionada con la atención médica.
- **"Servicios dentales"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue información relacionada con el tratamiento dental.
- **"Otros"** se selecciona cuando el paciente además desea restringir o autorizar la divulgación de su información médica y puede indicar estos deseos por escrito en la línea suministrada.

Parte VI - "Registros de salud que serán divulgados - Específicos": esta información de atención médica en esta sección requiere un rango de fechas, una firma adicional y una fecha de la firma.

- **"Enfermedad transmisible"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con las pruebas y los tratamientos de enfermedades transmisibles. Las enfermedades transmisibles incluyen infecciones de transmisión sexual.
- **"Pruebas genéticas"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con las pruebas genéticas.
- **"Resultados de las pruebas de VIH"** se selecciona cuando un paciente desea que se divulguen los resultados de las pruebas de VIH.
- **"Registros de tratamientos asistidos con fármacos"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con los tratamientos asistidos con fármacos.
- **"Registros de tratamientos de salud mental"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con los tratamientos de salud mental.
- **"Registros de trastorno por abuso de sustancias"** se selecciona cuando el paciente desea que se divulgue la información relacionada con el tratamiento de trastornos por consumo de estupefacientes.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

CDCR 7385-Sp (Rev. 10/19)

Instrucciones (continuación)

- **“Notas de psicoterapia”** se selecciona cuando el paciente desea que se divulguen las notas de psicoterapia. Las solicitudes de divulgación de las notas de psicoterapia necesitan una solicitud CDCR 7385 por separado y no pueden combinarse con ninguna otra solicitud de registros de atención médica.

Según la HIPAA, existe una diferencia entre la información personal de salud y las notas de psicoterapia. A continuación, se encuentra la definición de las notas de psicoterapia de acuerdo con la HIPAA (§164.501):

Las notas de psicoterapia son aquellas notas registradas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es profesional de la salud mental y que documenta o analiza los contenidos de la conversación durante una sesión de asesoría privada o grupal, conjunta o familiar y están separadas del registro médico del individuo. Las notas de psicoterapia excluyen las prescripciones y la supervisión de medicamentos, las horas de inicio y final de la sesión de orientación, las modalidades y la frecuencia de los tratamientos administrados, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes aspectos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronósticos y progreso hasta la fecha.

Parte VII - “Propósito de la divulgación o uso de la información”: debe seleccionar al menos una de las opciones. El paciente puede utilizar esta sección para marcar las opciones suministradas o seleccionar “otro” y describir las razones por las que desea divulgar la información. Si el paciente no quiere designar el propósito, puede seleccionar “otro” e indicar “A solicitud del individuo que autoriza la divulgación”.

Parte VIII - “Información de autorización”: en esta sección se enumeran ocho aspectos que detallan los derechos del paciente con respecto a la autorización de divulgación de la información.

1. Le indica al paciente que está dando su autorización voluntariamente.
2. Explica cómo anular esta autorización. El paciente puede anular la autorización enviando una solicitud por escrito a la Gerencia de Información de la Salud de su institución. La autorización será eliminada del registro del paciente médico cuando la Gerencia de Información de la Salud reciba la anulación.
3. Explica que la firma de esta autorización es voluntaria y no afecta el tratamiento.
4. Explica que el destinatario de la información de atención médica protegida tiene prohibido divulgar nuevamente la información, a menos que exista una autorización escrita por el paciente o lo especifique la ley.
5. Explica que la información divulgada podría ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad federal dependiendo del destinatario previsto de la información divulgada.
6. Explica que el paciente tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta será enviada al paciente a través de la Gerencia de Información de la Salud.
7. Explica que es posible se cobren tarifas razonables para cubrir los costos de las copias y los franqueos relacionados con la divulgación de la información de salud del paciente.
8. Explica que los registros de trastornos por abuso de sustancias están protegidos y no pueden ser divulgados sin el consentimiento escrito del paciente, a menos que la ley lo exija.

Parte IX - “Firma del paciente”: la parte inferior de la página dos es para las firmas del paciente, su representante o el traductor o intérprete. El nombre del paciente en letra de molde, su firma y la fecha deben escribirse en los espacios designados. Si un representante del paciente completa la autorización (por ejemplo: un poder notarial, un representante del estado o los familiares), debe escribir en los espacios designados su nombre en letra de molde, su relación con el paciente, su firma y la fecha. También debe adjuntarse una copia del poder notarial, las cartas con la orden dictada según el procedimiento o una declaración de parentesco. Si el intérprete o traductor asistió al momento de llenar este formulario, éste debe escribir en los espacios designados su nombre en letra de molde, la firma y la fecha.