

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN
Restricciones/Duración/Derechos

Mi autorización limita que se divulgue esta información a la oficina mencionada en la página uno para el propósito de la planificación de la adopción. Esta autorización es para cualquier información en sus expedientes relacionada a mi, si es pertinente, al niño mencionado en la página uno, incluyendo los siguientes tipos de información:

Información e historial médico

Información e historial psico-social

Resultados de una prueba o examen

Otra información y/o explicación: _____

Autorizo que se divulgue la información específica de mis registros médicos o los registros médicos de mi niño.

Entiendo que la información que se divulgue bajo esta autorización, es posible que quien la reciba la comparta a otros y ya no estará protegida bajo las leyes federales de confidencialidad. Sin embargo, usar y compartir esta información está sujeto a los requisitos estipulados en las Secciones 9200 (y siguientes) del Código sobre Familias y las Secciones 35049 (y siguientes) y 35079 (y siguientes) del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento. Mi revocación estará en vigor el día que se reciba pero no tendrá ningún impacto en el uso y divulgación que se hayan hecho mientras mi autorización era válida.

Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y será válida por un año contado a partir de la fecha en que se firme.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.

Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

FIRMA: _____

FECHA: _____

Este documento cumple con los requisitos de privacidad que establece la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*).