

Limitaciones, en caso de haberlas: _____

(Según la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California [Confidentiality of Medical Information Act of California, CMIA-CA] se requiere que esta autorización incluya tanto los usos específicos como las limitaciones, si las hubiera, sobre el uso de la información médica por parte de las personas o entidades autorizadas para recibir la información médica).

***Duración:** esta autorización será válida a partir de su firma y vencerá el _____
(especifique la fecha, no más de **un año** a partir de la fecha de la firma, **obligatorio**).

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará la posibilidad de recibir tratamiento o pago o elegibilidad para los servicios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita para permitir el uso o la divulgación.
- Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección: _____
- Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto hasta el punto en que otras personas hayan actuado en virtud de esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, esta nueva divulgación no está prohibida por las leyes de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben que los receptores de mi información médica realicen cualquier divulgación posterior de esta, a menos que se obtenga otra autorización de mi parte para dicha divulgación o que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

***Firma:** _____
(Paciente/Padre o madre/Curador/Tutor) Fecha/Hora

Si la firma no es la del paciente, indicar relación: _____

SOLO para expedientes de salud conductual: _____
(Firma del MENOR, si corresponde) Fecha/Hora

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Yo autorizo a _____ **a recoger mis expedientes médicos.**

*****FOR OFFICE USE ONLY*****

VERBAL REQUEST -If verbal, **ALL fields MUST** be completed except for signature line.

REQUEST COMPLETED - DATE: _____ PREPARED BY: _____

IDENTITY OF INDIVIDUAL AND/OR LEGAL REPRESENTATIVE VERIFIED (STAFF INITIALS): _____

Notes: _____