

Instrucciones de la Autorización para Liberación de Información Médica

NOTA: ¡ El formulario de divulgación de registros medicos DEBE ser completado y firmado!

Una vez que el formulario esté completo y firmado, puede usar las siguientes opciones para devolver el formulario:

1. Por **correo**: 1665 Dominican Way Suite #222, Santa Cruz, CA 95065
Attn: Medical Records Dept.
2. **FAX**: (866) 364-3890
3. **Para entregar en persona en una de nuestras 4 oficinas:**

**Santa Cruz:*

1665 Dominican Way #222, Santa Cruz, CA 95065

**WATSONVILLE:*

150 Carnation Drive #4, Freedom, CA 95019

**LOS GATOS:*

777 Knowles Drive #15, Los Gatos, CA 95032

**SUNNYVALE*

260 S. Sunnyvale Avenue #6, Sunnyvale, CA 94086

Si tiene preguntas favor de llamar a (844) 387-5337 x 105.



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Por la presente autorizo a Sleep Health MD a usar y divulgar mi información de salud protegida ("Información de salud") según se define por las leyes federales y estatales, en la forma que se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo también entiendo que si la persona o entidad autorizada por este documento para recibir mi información de salud no es un plan de salud o atención médica proveedor, entonces es posible que la información de salud divulgada ya no esté protegida contra una divulgación posterior por parte de la ley estatal o federal.

La siguiente información de salud puede ser divulgada por Sleep Health MD:

- Historial Médico
- Resultados de Pruebas
- Otro (FECHA DE SERVICIO ____ / ____ / ____)

Esta información de salud puede ser divulgada a: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: _____ Fax: _____

Relacion al Paciente: Paciente Médico / Proveedor de atención médica Abogado
 Cónyuge / pariente Otro

Esta información de salud solo se puede utilizar para los siguientes fines: _____

Autorización de divulgación para la investigación médica:

- Por la presente autorizo a Sleep Health MD a utilizar mi información de salud y / o resultados de pruebas para investigaciones médicas anónimas. Entiendo que Sleep Health MD no divulgará ninguna información personal que pueda identificarme con mi información de salud a ninguna persona o compañía ajena a sus empleados y / o agentes directos.
- Autorizo a Sleep Health MD a revisar mi información de salud personal para protocolos de investigación médica en los que pueda estar interesado en participar.

Entiendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario. Esta autorización caducará en _____ o 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación, lo que ocurra primero.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Sleep Health MD. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por Sleep Health MD en dependencia de esta autorización antes del momento en que recibí mi revocación. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor (en la medida en que el menor no haya podido dar su consentimiento).
- Guardián o conservador de un paciente incompetente.
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.