



Bakersfield Family Medical Group
4570 California Ave, Bakersfield, CA 93309
661-327-4411

AUTORIZACION PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Yo autorizo a _____
(Nombre y dirección de la Dr. o proveedor de salud autorizado para revelar información.)

Proporcionar a _____
(Nombre y dirección de la persona u organización a quien será revelada la información.)

La información aquí descrita para _____
(Nombre del paciente.)

Por la siguiente razón: _____

Esta información esta limitada al tipo y la cantidad (indique fechas donde considere necesario).

- | | |
|--|---|
| ☐ Notas del progreso | ☐ Reportes de Radiología / placas |
| ☐ Registro vacunas | ☐ Reportas de consulta |
| ☐ Reportes de Patología / laboratorio | ☐ Registro relacionado con alguna lastimadura. |
| ☐ Toda información durante los últimos 2 anos | |
| ☐ Otro: _____ | |

Mi firma especifica y autoriza a revelar información relacionada con exámenes, diagnostico o tratamiento para:
(Ponga sus iniciales en el área apropiada).

VIH/SIDA el virus del sida _____ **Salud Mental/Desordenes Psiquiátricos** _____
Enfermedades sexualmente transmitidas _____ **Tratamiento de abuso de drogas/alcohol** _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que al revocar esta autorización tiene que ser por escrito y que tiene que ser presentada al Departamento de Manejo de Información para la salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que esto no aplica a mi seguro de salud cuando la ley así lo provee el derecho de contestar algún reclamo bajo mi póliza de salud. A menos de ser revocada esta autorización se vencerá en la fecha, evento o condición:

Esta autorización se vencerá en seis meses si no especifico una fecha, evento o condición.

Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficio será condicionado para que yo proveo o rehúse dar esta autorización. Yo entiendo que puede inspeccionar o copiar cualquier información utilizada o descubierta, previsto en el Código CFR 164.524. Yo entiendo que cualquier información revelada lleva el potencial de ser revelada y que la información podría no estar protegida por las leyes federales para reglas de confidencialidad. Si tengo preguntas respecto a la información revelada, puedo ponerme en contacto con la Directora de Información de salud (expedientes clínicos). Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha de Nacimiento del Paciente

Si no firma el paciente, indique el parentesco

Dirección del Paciente

Numero telefónico del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

BPMC-301 (Rev. 04/25)

POR FAVOR CONSERVE UNA COPIA DE SU AUTORIZACIÓN FIRMADA.



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA ADENDA

Debido a la legislatura reciente, se requieren permisos adicionales si se solicita la divulgación de información médica personal. Al poner sus iniciales a continuación, usted reconoce y autoriza la divulgación de información de atención médica relacionada con:

Salud reproductiva y otros servicios _____

(Incluyendo, pero no limitado a, información sobre la atención obstétrica y ginecología de proveedores internos y externos, fertilidad y pruebas de fertilidad, embarazos, fertilización, abortos espontáneos, abortos y atención relacionada con el aborto, esterilizaciones y anticoncepción)

Cuidado de afirmación de género _____

(Incluyendo, pero no limitado a, información sobre todos los niveles de transición hacia y desde el sexo asignado, todas las operaciones de transición, toda la información relacionada con el cambio de sexo y/o género, tratamientos hormonales y salud conductual relacionada con diagnósticos como la disforia de género)

Omisiones específicas solicitadas:

Para obtener más información, consulte:

Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973)

Dobbs v. Jackson Women's Health Organization, 597 U.S. 215 (2022)

SB 923 de California

45 CFR 164.502(a)(5)(iii)

Aviso de prácticas de privacidad para Bakersfield Family Medical Group