



Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Kaiser Foundation Hospitals
The Permanente Medical Group, Inc.

MR # _____

Name: _____

**AUTORIZACI N DE USO Y/O REVELACI N
DE INFORMACI N SOBRE LA SALUD DE
MIEMBROS O DE PACIENTES /
AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE
OF MEMBER/PATIENT HEALTH INFORMATION**

IMPRINT AREA

Entiendo que Kaiser Permanente no har que el tratamiento, el pago, la inscripci n ni la elegibilidad para recibir beneficios dependa del hecho de que yo preste, o me niegue a prestar, esta autorizaci n

Por la presente autorizo a / I hereby authorize: a revelar informaci n a / to disclose to:

Nombre del que revela la informaci n / Name of Disclosing Party

Nombre del que recibe la informaci n / Name of Recipient

Direcci n / Address

Direcci n / Address

Ciudad / City Estado / State C digo postal / ZIP

Ciudad / City Estado / State C digo postal / ZIP

datos o informaci n pertenecientes a / records and information pertaining to:

Nombre del miembro o paciente (escriba otros nombres usados) /
Name of Member/Patient (List Other Names Used)

N mero de Registro M dico /
Medical Record Number

Fecha de nacimiento /
Date of Birth

Direcci n / Address

No. de tel fono / Telephone No.

DURACI N: Esta autorizaci n entrar en vigor inmediatamente y permanecer en vigor por un a o a partir de la fecha en que se firm , a menos que se especifique otra fecha aqu _____ (Fecha / Date).

REVOCACI N: Esta autorizaci n tambi n est sujeta a revocaci n por escrito por el miembro o paciente en cualquier momento. La revocaci n por escrito tendr vigor desde el momento en que se reciba, excepto en la medida en que la parte que revela u otros haya(n) actuado bas ndose en esta autorizaci n.

VUELTA A REVELAR: Entiendo que la parte que recibe la informaci n no est autorizada legalmente a hacer otro uso ni a realizar otra revelaci n de la informaci n sobre la salud, a menos que obtenga otra autorizaci n de m o la ley lo requiera o permita espec ficamente.

MR #: _____

Name: _____

IMPRINT AREA

ESPECIFIQUE LOS DATOS:

Marque la casilla, ponga sus iniciales y/o firme para especificar la informaci n a revelarse.

INFORMACI N M DICA _____ (Iniciales / Initial)

INFORMACI N PSIQUI TRICA
Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

INFORMACI N SOBRE DROGAS O ALCOHOL
Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

RESULTADOS DE PRUEBA DEL VIH
Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

DATOS GEN TICOS
Firma / Signature _____ Fecha / Date _____

OTRA INFORMACI N DE SALUD _____ (Iniciales / Initial) (especifique abajo)

Especifique los datos a revelarse / Specify the records to be disclosed: _____

El que la reciba podr usar la informaci n sobre la salud autorizada en este formulario para los siguientes prop sitos / The recipient may use the health information authorized on this form for the following purposes: _____

Una copia de esta autorizaci n se considerar tan v lida como el original.

El miembro o paciente tiene derecho a recibir copia de esta autorizaci n

Fecha / Date

Firma / Signature

Si firma alguien que no sea el miembro o paciente, indique la relaci n /
If Signed by Other than Member/Patient, Indicate Relationship