



# Solicitud de uso o divulgación de información médica protegida relacionada con la atención médica reproductiva

Para que la declaración sea válida y cumpla lo dispuesto en el Código de Salud y Seguridad de California 123100 y siguientes, y en 45 C.F.R 164.508, debe rellenar el formulario en su totalidad.)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Nombre de la entidad/persona que divulga la información:**

- University Faculty Associates, Inc.**
- Central California Faculty Medical Group, Inc., nombre comercial: **Inspire Health Medical Group**
- Inspire Health Medical Group – Cardiología**  
2335 E. Kashian Lane, Suite 240, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Dermatología**  
2335 E. Kashian Lane, Suite 410, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Endocrinología**  
7085 N. Chestnut Avenue, Suite 101, Fresno, CA 93720
- Inspire Health Medical Group – Cirugía general**  
1247 E. Alluvial Avenue, Suite 101, Fresno, CA 93720
- Inspire Health Medical Group – Obstetricia y ginecología**  
2210 E. Illinois Avenue, Suite 408, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Ortopedia**  
604 N. Magnolia Avenue, Suite 100, Clovis, CA 93611
- Inspire Health Medical Group – Perinatología**  
2210 E. Illinois Avenue, Suite 301, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Psiquiatría**  
2210 E. Illinois Avenue, Suite 401, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Medicina del sueño**  
6733 N. Willow Avenue, Suite 107, Fresno, CA 93710
- Inspire Health Medical Group – Especialidad en Kashian**  
2335 E. Kashian Lane, Suite 280, Fresno, CA 93701
- Inspire Health Medical Group – Cirugía vascular**  
1247 E. Alluvial Avenue, Suite 101, Fresno, CA 93720
- Otro: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Nombre de la entidad/persona que recibe la información:** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Información a divulgar (marque todo lo que corresponda):**

- Toda la información médica reproductiva, incluidos diagnósticos, tratamientos, procedimientos y prescripciones.
- Servicios específicos de salud reproductiva (por ejemplo, aborto, anticoncepción, atención relacionada con el embarazo)
- Otro \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, entiendo que la información divulgada puede incluir detalles sensibles, como servicios de anticoncepción y planificación familiar, servicios relacionados con el embarazo, atención al aborto, pruebas y tratamiento de infecciones o enfermedades de transmisión sexual.

**Registros de autorización especial (marque todo lo que corresponda):**

- Salud conductual     Resultados de la prueba del VIH     Trastorno por consumo de drogas
- Resultados de pruebas genéticas

**Fechas de servicio:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ o rango de fechas \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Motivo:**     Acceso personal     Atención continuada     Otro \_\_\_\_\_

**Formato de publicación solicitado:**     Portal del paciente     Disco compacto (CD)     Copia en papel

**Método de divulgación solicitado:**     Correo     Fax     Correo electrónico (cifrado)     En persona  
 Correo electrónico (sin cifrar, el paciente asume la responsabilidad por el alto riesgo de acceso no autorizado)

**Esta autorización expira el** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (si se deja en blanco, expira 1 año a partir de la fecha de la firma)

**Derechos del paciente:** *entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. Entiendo que la información divulgada puede dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) si se divulga a un tercero, pero la legislación de California puede restringir su divulgación posterior.*

**Certifico que el uso o divulgación de la información médica protegida (protected health information, PHI) que solicito no es para un fin prohibido por la Regla de Privacidad de la HIPAA en 45 CFR 164.502(a)(5)(iii) debido a una de las siguientes circunstancias (marque una casilla):**

- No estoy investigando ni imponiendo responsabilidad a ninguna persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva ni para identificar a ninguna persona con tales fines.
- Estoy investigando o imponiendo responsabilidad a cualquier persona por el mero hecho de buscar, obtener, prestar o facilitar atención médica reproductiva, o para identificar a cualquier persona con tales fines, pero la atención médica reproductiva en cuestión no era legal en las circunstancias en que se prestó.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en violación de la HIPAA, obtengo información de salud individualmente identificable relacionada con un individuo o revelo información de salud individualmente identificable a otra persona.

Firma de la persona que solicita la PHI:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación (si no es el paciente)

Este documento de atestación puede facilitarse en formato electrónico y ser firmado electrónicamente por la persona que solicita la información médica protegida cuando la firma electrónica sea válida con respecto a la legislación federal y estatal aplicable.