



# Autorización para recibir o divulgar información médica

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):**

- Todos la historia clínica (excepto los registros de autorización especial)     Comentarios de evolución  
 Registros de vacunación     Informes de rayos X     Resultados de laboratorio  
 Resultados patológicos     Registros de facturación     Informes de diagnóstico por imagen  
 Otro \_\_\_\_\_

**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     Atención al aborto y anticoncepción  
 Atención de afirmación de género

**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)

**Al firmar, autorizo la divulgación de mi información médica y entiendo que:**

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento ni a mi derecho a recibir prestaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, y presentarla a Inspire Health Medical Group, Release of Information, 2625 E Divisadero Street, Fresno, CA 93721-1431.
- Mi revocación entrará en vigor en el momento de su recepción, pero no afectará a los usos o divulgaciones realizados mientras mi autorización era válida.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o divulgación se me solicita y tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que mis registros no están protegidos de una posible nueva divulgación si se divulgan fuera de California.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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