



## MIS DERECHOS

- ✓ Puedo negarme a firmar esta Autorización. Mi denegación no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios.
- ✓ Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica a la cual se me pide permitir el uso o divulgación.
- ✓ Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarla a la siguiente dirección (se aplican excepciones). Mi revocación tendrá efecto al momento de recepción, excepto en la medida en que otros hayan actuado de conformidad con esta Autorización.
- ✓ Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica realice una divulgación adicional a menos que se obtenga otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

## FIRMA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ am/pm

Firma: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, escriba el nombre e indique su relación legal con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Esta autorización caduca el: \_\_\_\_\_

Community Hospital of the Monterey Peninsula, 23625 Holman Highway, Monterey, CA 93940  
(831) 625-4577 | fax (831) 625-4554



**MONTAGE**  
Health

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE  
OF HEALTH INFORMATION**