

Por este medio yo autorizo

MÉDICO U HOSPITAL

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL

para proporcionar a

NOMBRE DEL RECIBIDOR O AGENCIA RESPONSABLE

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL

registros médicos, incluyendo mi fecha de nacimiento escrito abajo y toda la información pertinente a la atención médica; tratamiento, (hospitalización y/o clínica) recibida por _____
(uno mismo, niño o menor bajo tutela) con respecto a (describir incidente):

Ocurrido en el Condado de _____ en (fecha o fechas) _____

- Entiendo que el propósito de proporcionar esta información es para ayudar en la investigación mencionado arriba, y para ser usada con cualquier acción legal o administrativa conectada con este incidente.
- Entiendo que esta información será utilizada por la oficina del Comisionado Agrícola del Condado en el Condado mencionado arriba y por el Departamento de Reglamentación de Pesticidas. Tal declaración, ayudará en la investigación del incidente mencionado arriba.
- Entiendo que la información revelada en virtud de esta autorización podría ser redescubrida por el receptor y no podría ser protegida por las leyes de confidencialidad federal (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- Esta autorización se vencerá un año después de ser firmada, o como se especifique _____.
- Bajo el Acta de las Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, sección 1798 y siguientes), el/la solicitante no podrá revelar la información médica más allá de la fecha de vencimiento de la autorización acordada arriba a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o que al menos dicho documento sea usado o revelado porque sera específicamente requerido o permitido por la ley, conforme a las leyes de confidencialidad del Estado.
- Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento. Mi anulación será efectiva en el momento de recibirla, pero no tendrá ningún impacto sobre los usos o declaraciones hechas mientras mi autorización era válida.
- He recibido una copia de esta autorización.
- La fotocopia de esta autorización se puede usar como el original.

FIRMA AUTORIZADORA (PUEDE FIRMAR INDIVIDUALMENTE O COMO PADRE O TUTOR)	NACIMIENTO DE PACIENTE	FECHA
TESTIGO		FECHA