
(Según la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California [Confidentiality of Medical Information Act of California, CMIA-CA] se requiere que esta autorización incluya tanto los usos específicos como las limitaciones, si las hubiera, sobre el uso de la información médica por parte de las personas o entidades autorizadas para recibir la información médica).

esta autorización será válida a partir de su firma y vencerá el _____
(especifique la fecha, no más de un año a partir de la fecha de la firma, obligatorio).

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará la posibilidad de recibir tratamiento o pago o elegibilidad para los servicios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita para permitir el uso o la divulgación.
- Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar la revocación a la siguiente dirección: _____
- Mi revocación tendrá vigencia a partir de su recepción, excepto hasta el punto en que otras personas hayan actuado en virtud de esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, esta nueva divulgación no está prohibida por las leyes de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben que los receptores de mi información médica realicen cualquier divulgación posterior 136L SI