

**DEPARTAMENTO SALUD MENTAL CONDADO DE LOS ÁNGELES
AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

CLIENTE:

Nombre del Cliente/Nombre Previo

Fecha de Nacimiento

Número de Cliente

Nombre Representante Legal (Si es aplicable)

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

AUTORIZA:

**USO O DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A:**

Nombre Agencia

Nombre Proveedor Atención Médica/Otro

Dirección Postal

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

INFORMACIÓN A SER DIFUNDIDA:

- Valoración/Evaluación
- Resultados Laboratorio
- Historial Completo (Justificar): _____
- Otro (Especificar): _____
- Resultados de Examen Psicológico
- Historial/Actual Medicación
- Diagnóstico
- Tratamiento

NOTA: Los registros pueden contener información relacionada al consumo de alcohol o drogas y VIH o SIDA. Sin embargo, los registros de tratamiento de alcohol, drogas o resultados de las pruebas del VIH no se divulgarán a no ser que se especifique lo contrario.

Marcar lo aplicable: Registros de Alcohol o Drogas Resultados VIH

Método de envío de registros seleccionados:

- Correo
- En Mano
- Correo electrónico

PROPÓSITO DE USO O DIVULGACIÓN: (Marcar categoría aplicable) Solicitud del

- Cliente
- Otro (Especificar): _____

¿Recibirá la agencia beneficios por el uso o divulgación de la información? Sí No

Entiendo que mi Información Médica Protegida será utilizada o divulgada al aceptar esta Autorización, por lo que ya no podría seguir estando protegida por la ley federal y podría volver a ser utilizada o divulgada sin mi autorización. También comprendo que una vez que mi información sea utilizada o divulgada, puede que no sea posible revocarla.

FECHA DE EXPIRACIÓN: La autorización es válida hasta / / _____
Mes Día Año

**DEPARTAMENTO SALUD MENTAL CONDADO DE LOS ÁNGELES
AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

SUS DERECHOS EN RELACIÓN A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a Recibir una Copia de la Autorización – Comprendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta Autorización, algo que no es obligatorio, se me tiene que facilitar una copia firmada del formulario.

Derecho a Revocar la Autorización – Comprendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, notificando al LACDMH por escrito. Puedo utilizar la Autorización de Revocación al final de este formulario y enviarla a:

Persona de Contacto

Nombre Agencia

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

También comprendo que la revocación no afectará la capacidad del LACDMH o de cualquier otro proveedor de atención médica de utilizar o divulgar la información médica por razones anteriores a esta Autorización, siempre que sea permitido por la ley.

Condiciones: Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin perder el derecho a recibir tratamiento. Sin embargo, el LACDMH podría condicionar el tratamiento relacionado con la investigación a obtener una autorización de uso o divulgación de la información médica protegida creada para dicho tratamiento relacionado con la investigación. (En otras palabras, si esta autorización está relacionada con una investigación que incluye tratamiento, no recibirá ese tratamiento a no ser que este formulario de autorización esté firmado.)

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de Autorización. Al firmar la Autorización confirmo que cumple con mis deseos.

Firma Cliente/Representante Legal

Fecha En caso de

ser firmado por otra persona que no sea el cliente, parentesco y autoridad:

AUTORIZACIÓN DE REVOCACIÓN

Nombre Cliente

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

En caso de ser firmado por otra persona que no sea el cliente, parentesco y autoridad.

Nombre Impreso: _____

Parentesco y Autoridad: _____