

**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: _____