AUTORIZACIÓN	PARA EL USO Y	DIVULGAC	IÓN DE INFO	ORMACIÓN M	IEDICA PROTE	GIDA	
NUMERO DE EXPEDIENTE MEDICO:			FECHA:				
RELACIÓN CON PACIENTE: Información del Paciente	☐ YO MISMO	□ PADRE	☐ GUARDIÁ	N LEGAL	OTR0:		
Apellido	No	Nombre		Inicial del medio		Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad		Estado	Zona Postal	() Numero del Telé	efono	
POR LA PRESENTE AUTORI	IZO A:						
 ☐ Los Ángeles General Centro Médico ☐ Centro Médico Olive View ☐ Centro Médico Harbor-UCLA 		 ☐ Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los // ☐ Centro de Regional de Salud High Desert ☐ Centro Ambulatorio Martin Luther King, Jr. 					
☐ Centro de Salud/CHC☐ ☐ Otros: ☐ Nombre de hospital Para Entregar Información	Direcció		Ciu	ıdad	Estado	Zona Postal	
Nombre de la agencia/Proveedor Médic			Dirección				
Ciudad			Estado		Zona I	Postal	
por el período de tiempo cor	menzando,	Fecha	, y tern	ninando	Fecha	•	
Fecha de expiración: Esta					//2	20	
			VA A SER DI	VULGADA			
POR FAVOR MARQUE TOD Resumen de salida (alta Historia y examen físico Consulta Reportes de cirugía Reportes de Radiología Radiografías Laboratorio / Pruebas de Notas de Progreso Médi Otro (Por favor especifiq	a) e Diagnóstico icas	AS APKUPI	☐ Enferme ☐ Tratamie ☐ VIH / SIE ☐ Enferme ☐ Electroc ☐ Encefale ☐ Resume	ento de Abuso DA edad(es) Trans cardiogramas ogramas (EEG en de la Histor	, ,	o Alcohol almente	
				NAME			



AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION PAGE 1 OF 2

DOB/GENDER

PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN - DE UNA DESCRIPCIÓN DE LA INTENCION DEL USO Y LA DIVULGACIÓN

Yo entiendo que la información médica usada o divulgada como resultado de mi firma en ésta autorización, no puede ser usada más adelante por la persona que la recibe, a menos que una nueva autorización sea obtenida de mi o a menos que el uso o divulgación sea específicamente requerida o autorizada por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de ésta Autorización – Yo entiendo que si yo estoy de acuerdo en firmar ésta autorización, lo cual yo no estoy obligado a hacer, debo recibir una copia firmada de la forma.

CONDICIONES: Yo entiendo que yo puedo rechazar a firmar ésta autorización sin afectar mi habilidad de recibir tratamiento. Sin embargo, DHS puede tener como condición para proveer tratamientos relacionados con investigación, el obtener una autorización para usar o divulgar información médica protegida, creada para ese tratamiento de investigación. (En otras palabras, si ésta autorización está relacionada con una investigación que incluye tratamientos, usted no recibirá ese tratamiento a menos que ésta autorización sea firmada.)

Yo he tenido la oportunidad de revisar y entiendo el contenido de ésta forma de autorización. Firmando ésta autorización, yo estoy confirmando que con certeza refleja mis deseos.

Firma del paciente/representante legal	Nombre
Si es firmado por otra persona diferente al pa	aciente, indique la relación y autoridad para hacerlo:
	Fecha:/
Testigo:	Nombre:
	Yo entiendo que yo tengo derecho a cancelar ésta autorización en a DHS. Yo puedo usar la Cancelación de Autorización que está en la r correo o entregándola a:
·	ará la habilidad de DHS o cualquier proveedor médico de usar o

divulgar la información médica por razones relacionadas a la segu	ıridad previa de ésta Autorización.
CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN	
Firma del Paciente/Representante legal:	
Si es firmado por otra persona diferente al paciente, indique la relación y autoridad para hacerlo:	MRUN



AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

DOB/GENDER