

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA

NUMERO DE EXPEDIENTE MEDICO: _____ FECHA: _____

RELACIÓN CON PACIENTE: YO MISMO PADRE GUARDIÁN LEGAL OTRO: _____

Información del Paciente

Apellido	Nombre	Inicial del medio	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal
			(____) _____ Numero del Teléfono

POR LA PRESENTE AUTORIZO A:

<input type="checkbox"/> Centro Médico LAC + USC	<input type="checkbox"/> Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos			
<input type="checkbox"/> Centro Médico Olive View	<input type="checkbox"/> Centro de Regional de Salud High Desert			
<input type="checkbox"/> Centro Médico Harbor-UCLA	<input type="checkbox"/> Centro Ambulatorio Martin Luther King, Jr.			
<input type="checkbox"/> Centro de Salud/CHC				
<input type="checkbox"/> Otros: _____				
Nombre de hospital	Dirección	Ciudad	Estado	Zona Postal

Para Entregar Información Médica Protegida a:

Nombre de la agencia/Proveedor Médico/Plan/Otros	Dirección	
Ciudad	Estado	Zona Postal

por el período de tiempo comenzando, _____, y terminando _____.
Fecha Fecha

Fecha de expiración: Esta autorización es valida hasta la siguiente fecha: ____ / ____ / 20 ____

INFORMACIÓN QUE VA A SER DIVULGADA

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CASILLAS APROPIADAS:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen de salida (alta) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental o Evaluación Mental |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Abuso de Drogas y/o Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Reportes de cirugía | <input type="checkbox"/> Enfermedad(es) Transmitidas Sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas (EKG) |
| <input type="checkbox"/> Radiografías | <input type="checkbox"/> Encefalogramas (EEG) |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio / Pruebas de Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resumen de la Historia Médica / Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Médicas | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____ | |

MRUN

NAME

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 paciente, indique la relación y autoridad para hacerlo:
 _____ Fecha: ____/____/____

Testigo : _____ Nombre: _____

Derecho a Cancelar ésta Autorización – Yo entiendo que yo tengo derecho a cancelar ésta autorización en cualquier momento, informando por escrito a DHS. Yo puedo usar la Cancelación de Autorización que está en la parte de abajo de ésta forma, enviándola por correo o entregándola a:

Yo comprendo que la cancelación no afectará la habilidad de DHS o cualquier proveedor médico de usar o divulgar la información médica por razones relacionadas a la seguridad 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

NAME

DOB/GENDER

