

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE (escribir a máquina o en letra de molde) | | | |
|---|---------------------------------------|---------|----------------|
| Apellido: | Primer nombre: | | |
| Fecha de nacimiento: | Últimos 4 dígitos del número del SSN: | | |
| Teléfono: | Número del expediente médico: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

| REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE: | | | | |
|---|---|--------|--------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Los Angeles General Medical Center | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center | | | |
| <input type="checkbox"/> Olive View Medical Center | <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center | | | |
| <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Outpatient Center | <input type="checkbox"/> High Desert Regional Health Center | | | |
| <input type="checkbox"/> Todos los centros de DHS | | | | |
| <input type="checkbox"/> Comprehensive Health Center/centro médico: | | | | |
| Nombre del centro | Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN A:

Organización/Departamento/persona mencionada abajo:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

| AUTORIZO QUE SE REVELE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE MI EXPEDIENTE MÉDICO: | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de vacunación | <input type="checkbox"/> Nota de progreso de paciente ambulatorio | <input type="checkbox"/> Nota de progreso de paciente hospitalizado |
| <input type="checkbox"/> Resultado de pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Nota de consulta | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Informe de Patología | <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico/operatorio |
| <input type="checkbox"/> Nota clínica pediátrica | <input type="checkbox"/> Reporte de EKG | <input type="checkbox"/> Reporte de radiología/diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Nota sobre terapia ocupacional/del habla/fisioterapia | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Todos los registros (sin incluir los registros que necesitan otra autorización) | |
| OTRAS AUTORIZACIONES: Si quiere pedir esta información, escriba sus iniciales junto al registro cuya revelación autoriza. | | |

Las leyes estatales y federales dan protección adicional para la siguiente información médica.

_____ Pruebas y resultados del VIH



APROBADO PARA SU USO EN LOS CENTROS DE DHS
ESCANEAR EN EL EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO

© DHS County of Los Angeles 2023

La siguiente información necesita la revisión y la aprobación del proveedor de atención directa

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica/de salud conductual | <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento psiquiátrico/de salud conductual |
| <input type="checkbox"/> Reporte de prueba/evaluación psicológica | <input type="checkbox"/> Notas de progreso psiquiátrico/de salud conductual |
| <input type="checkbox"/> Registros de admisión psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Nota del psicólogo/trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Clínica Pediátrica de HUB (excluye grabaciones forenses) | |
| <input type="checkbox"/> Atención de afirmación de género | <input type="checkbox"/> Servicios de anticoncepción o aborto |

| FECHAS ESPECÍFICAS DE SERVICIO | |
|--|---|
| DE: _____ / _____ / _____ A: _____ / _____ / _____ | <input type="checkbox"/> TODAS LAS FECHAS |
| DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO DE ESTA REVELACIÓN | |
| <input type="checkbox"/> A solicitud de la persona | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

| FORMATO SOLICITADO PARA RECIBIR/ENVIAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA | | | |
|--|--|---------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Copias en papel | <input type="checkbox"/> Formato electrónico | | |
| <input type="checkbox"/> Fax: | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre de la organización/entidad | Número de fax | Atención a |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico*: | _____ | _____ | _____ |
| | Nombre de la organización/entidad | Dirección de correo electrónico | Atención a |
| <i>*El departamento de HIM enviará comunicaciones por medio de correo electrónico cifrado.</i> | | | |

| FECHA DE VENCIMIENTO |
|---|
| Esta Autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se especifique lo contrario abajo: _____ / _____ / _____ |

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Derecho a recibir una copia de esta autorización: Entiendo que, si firmo esta autorización, me deben dar una copia firmada del formulario.

Condiciones: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que eso afecte mi capacidad de recibir tratamiento. Sin embargo, el DHS puede condicionar la prestación de un tratamiento relacionado con la investigación a la obtención de una autorización para usar o revelar información médica protegida creada para ese tratamiento relacionado con la investigación. (En términos sencillos, si esta autorización está relacionada con una investigación que incluye tratamiento, usted no recibirá ese tratamiento a menos que se firme este formulario de autorización).

La información que se revela según esta autorización podría ser revelada nuevamente por el destinatario. En algunos casos, la ley de California no prohíbe dicha revelación y es posible que ya no esté protegida por la HIPAA. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi formulario de información médica haga otras revelaciones a menos que obtenga otra autorización para dicha revelación de mi parte o dicha revelación sea específicamente necesaria o permitida por la ley.



APROBADO PARA SU USO EN LOS CENTROS DE DHS
ESCANEAR EN EL EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO

© DHS County of Los Angeles 2023

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Tuve la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Firmando esta autorización, confirmo que refleja con precisión mis deseos.

Nombre del paciente (EN LETRA DE MOLDE)

Firma del paciente

Fecha

Representante autorizado (EN LETRA DE MOLDE)

Firma del representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente: El paciente
 Poder

Padre/madre
 Custodio

Tutor legal
 Otro: _____

Derecho a revocar esta autorización: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento informando por escrito al DHS. Puedo usar la Revocación de autorización incluida en este formulario (ver abajo). También entiendo que una revocación no afectará la capacidad del DHS o de cualquier proveedor de atención médica para usar o revelar la información médica que se compartió previamente basándose en mi autorización. Si elige revocar esta autorización, envíe por correo o entregue la revocación en el centro donde solicitó su registros médicos.

SOLICITUD DE REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, escriba su nombre y su autoridad para actuar en nombre del paciente.

Nombre: _____

Autoridad/relación: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Type of Identification Provided: State Driver's License State Identification Card
 Other: _____

Request processed by: _____
(Print Name)

Facility: _____

Date: _____



APROBADO PARA SU USO EN LOS CENTROS DE DHS
ESCANEAR EN EL EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO

© DHS County of Los Angeles 2023