



Health Services
LOS ANGELES COUNTY
HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

CÓMO ENTENDER LOS FORMULARIOS DE LA HIPAA

Revise este documento para ayudarlo a seleccionar el formulario adecuado cuando presente una solicitud relacionada con sus derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Si tiene preguntas sobre la solicitud del expediente médico, revise nuestra hoja de FAQ haciendo clic aquí [Recursos para el paciente del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles](#) o póngase en contacto con su oficina local de administración de la información médica.

FORMULARIO	PROPÓSITO
Acceso a la información médica protegida	Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal solicite recibir copias o revisar su expediente médico legal del lugar donde recibió atención. El formulario debe completarse con exactitud cuando se presente y dependiendo de la naturaleza de la solicitud, puede tener un tiempo de tramitación de hasta 15 días.
Comunicaciones alternativas/confidenciales	Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal quiere usar su derecho de pedir a un proveedor de atención médica que se comunique con él por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, un paciente puede solicitar recibir el correo en una dirección alternativa en lugar de en la dirección de su casa. El proveedor de atención médica revisará la solicitud del paciente para dicha comunicación e informará al solicitante de su decisión de aprobar o denegar la solicitud.
Modificación o corrección de la información médica protegida	Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal quiere solicitar una modificación o corrección del conjunto de registros designados del paciente, siempre y cuando la información médica protegida se mantenga en el conjunto de registros designados.
Autorización para revelar información médica protegida	Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal quiera dar permiso para que nosotros u otra persona/parte revelemos su información médica protegida.
Derecho a solicitar restricciones para la información médica protegida	Este formulario debe usarse cuando un paciente o su representante personal quiera solicitar restricciones sobre cómo usaremos y revelaremos su información médica protegida para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.