

**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA POTENCIALMENTE RELACIONADA CON ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA**



Debe completar todo el formulario para que la certificación sea válida.

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:

Nombre de las personas o identificación específica de la clase de personas que recibirán la PHI que se pide.
Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas a las que les está pidiendo el uso o la revelación.
Descripción de la PHI específica solicitada, incluyendo los nombres de las personas, si es posible, o una descripción de la clase de personas de las que está pidiendo la información médica protegida.

Certifico que el uso o la revelación de la PHI que solicito no es para un propósito prohibido por la Norma de Privacidad de la HIPAA en el artículo 45 del CFR 164.502(a)(5)(iii) debido a uno de los siguientes motivos (marque una casilla):

- El propósito del uso o revelación de la información médica protegida no es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero acto de buscar, recibir, dar o facilitar atención médica reproductiva o identificar a ninguna persona para tales fines.
- El propósito del uso o revelación de la información médica protegida es investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el mero acto de buscar, recibir, dar o facilitar atención médica reproductiva, o identificar a cualquier persona para tales fines, pero los servicios de atención médica reproductiva en cuestión no se prestaron bajo circunstancias legales.

PATIENT HIM LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



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

© DHS County of Los Angeles 2023

**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE PHI POTENCIALMENTE RELACIONADA CON ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA**

**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA POTENCIALMENTE RELACIONADA CON ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA**



Entiendo que puedo estar sujeto a penalizaciones según el artículo 42 del U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en violación de la HIPAA, obtengo información médica que identifique a una persona o revelo a un tercero información médica que identifique a una persona.

*Firma de la persona*

*que solicita la PHI:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

*Si firma como representante de la persona que solicita la PHI, dé una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este documento de certificación puede entregarse en formato electrónico y la persona que solicita la información médica protegida puede firmar electrónicamente cuando la firma electrónica sea válida según las leyes federales y estatales aplicables.

PATIENT HIM LABEL	
NAME	
DOB	
FIN#	
MR#	
SEX on ID	



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

© DHS County of Los Angeles 2023

**CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE PHI POTENCIALMENTE RELACIONADA CON ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA**