

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Imprima o en letra de molde)					
Apellido:		Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Número de registro médico:		Últimos 4 Números del SSN:		Número de teléfono:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

DIVULGAR INFORMACIÓN DE:	
☐ Todas las instalaciones del Departamento de Servicios de Salud (DHS)	
☐ Centro Médico Harbor-UCLA	☐ Centro Regional de Salud de High Desert
☐ Centro Médico General de Los Ángeles	☐ Centro Ambulatorio Martin Luther King Jr.
☐ Centro Médico Olive View	☐ Rehabilitación Nacional Rancho Los Amigos
☐ Centro de Salud Integral: _____	
☐ Servicios de Salud Correccional (CHS)	
☐ Organización/Departamento/Individuo:	
Nombre: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____	
Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Correo electrónico: _____ Atención de: _____	

ENVIAR INFORMACIÓN A:	
☐ Organización/Departamento/Individuo:	
Nombre _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____	
Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
Correo electrónico: _____ Atención de: _____	

PATIENT LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES

SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD
© DHS County of Los Angeles 2026

Page 1 of 4

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Rev. 07-07-2026

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

FORMATO SOLICITADO PARA RECIBIR / ENVIAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

☐ Copias en papel ☐ Formato electrónico ☐ Fax ☐ Correo electrónico *

**El departamento de HIM enviará comunicaciones por correo electrónico cifrado*

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE HISTORIAL MÉDICO:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Historia Clínica y Examen físico | ☐ Nota de consulta | ☐ Informe de radiología |
| ☐ Informe de alta médica | ☐ Informe quirúrgico / operaciones | ☐ Informe / Diagnóstico EKG |
| ☐ Nota de progreso hospitalario | ☐ Nota de clínica pediátrica | ☐ Resultados de laboratorio |
| ☐ Nota de progreso ambulatorio | ☐ Historial de inmunizaciones | ☐ Informe de patología |
| ☐ Notas de ED/UCC (Emerg/urgencias) | | |
| ☐ Nota de fisioterapia / terapia ocupacional / terapia del habla | | |
| ☐ Todos los registros (Sin incluir registros que requieran autorización adicional - ver más abajo) | | |

AUTORIZACIONES ADICIONALES:

Si desea solicitar esta información, **ponga sus iniciales** junto al documento que autoriza divulgar:

Protección adicional para la siguiente información de salud.

- _____ Pruebas y Resultados del VIH
_____ Atención de Afirmación de Género
_____ Servicios de Anticoncepción o Aborto

Lo siguiente requiere revisión y aprobación del proveedor que le brinda tratamiento

- _____ Evaluaciones de Salud Conductual / Psiquiátricas
_____ Registros de Salud Conductual / Tratamientos Psiquiátricos
_____ Informe de Prueba Psicológica / Evaluaciones
_____ Notas Sobre Salud Conductual / Nota de Progreso Psiquiátrico
_____ Registros de Ingresos a Psiquiatría
_____ Nota de Psicología o del Trabajador Social
_____ Servicios de la Clínica Pediátrica HUB (excluye grabaciones forenses)

DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN

☐ A petición del Individuo ☐ Continuidad de Atención Médica ☐ Otro: _____

PATIENT LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



T - H S 1 0 1 5

APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES

SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD
© DHS County of Los Angeles 2026

Page 2 of 4

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Rev. 07-07-2026

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



FECHAS ESPECÍFICAS DE SERVICIO

DESDE: _____ HASTA: _____

☐ TODAS LAS FECHAS

FECHA DE VENCIMIENTO

Esta Autorización es válida durante un año desde la fecha de la firma, salvo que se especifique lo contrario a continuación: _____

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

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

Condiciones: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que esto afecte mi capacidad para recibir tratamiento. Sin embargo, DHS puede condicionar la provisión de tratamientos relacionados con la investigación a la obtención de una autorización para utilizar o divulgar información de salud protegida creada para ese tratamiento relacionado con la investigación. (En términos sencillos, si esta autorización está relacionada con investigaciones que incluyen tratamiento, usted no recibirá dicho tratamiento a menos que este formulario de autorización esté firmado.)

La información divulgada conforme a esta autorización podría nuevamente divulgarse por la persona que reciba mi información. Dicha nueva divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley de HIPAA. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi formulario de información de salud la siga divulgando a menos que se obtenga de mi parte otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por ley.

Derecho a revocar esta autorización: Entiendo que en cualquier momento tengo derecho a revocar esta autorización informando por escrito a DHS. Puedo utilizar la Revocación de Autorización incluida con este formulario (véase más abajo).

También entiendo que una revocación no afectará la capacidad de DHS ni de ningún proveedor de salud para utilizar o divulgar la información de salud que mi autorización previa haya permitido divulgar.

Si decide revocar esta autorización, puede enviar la revocación por correo o entregarla en el lugar donde solicitó sus registros médicos.

PATIENT LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES

SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD
© DHS County of Los Angeles 2026

Page 3 of 4

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Rev. 07-07-2026

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA



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

Nombre del paciente o representante autorizado (Imprima) Firma del paciente o representante autorizado

Fecha: _____

Parentesco con el paciente ☐ Yo mismo/a ☐ Padre/Madre ☐ Guardián Legal ☐ Poder Notarial ☐ Tutor Legal
☐ Otro: _____

SOLICITUD PARA REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente o representante autorizado (Imprima) Firma del paciente o representante autorizado

Fecha: _____

Parentesco con el paciente ☐ Yo mismo/a ☐ Padre/Madre ☐ Guardián legal ☐ Poder Notarial ☐ Tutor Legal
☐ Otro: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA - FOR OFFICE USE ONLY

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

Facility: _____

Request processed by: _____ (PRINT NAME) Date: _____

PATIENT LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES

SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD
© DHS County of Los Angeles 2026

Page 4 of 4

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Rev. 07-07-2026