

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES
AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

CLIENTE:

Nombre del cliente / Nombre anterior

Fecha de nacimiento

Número del cliente

Nombre del representante legal (si aplica)

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

AUTORIZA:

EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) A:

Nombre de la agencia

Nombre del proveedor de atención médica / Otro

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Ciudad, Estado, Código postal

INFORMACIÓN QUE SE HARÁ PÚBLICA:

- Evaluación Resultados de la prueba psicológica Diagnóstico
 Resultados del laboratorio Medicación Tratamiento / Notas de evolución
 Registro completo Otro (Especificar): _____

NOTA: La información respecto al uso de sustancias o alcohol, VIH/SIDA, y/o la información respecto a la salud sexual o reproductiva NO se divulgará a menos que se solicite específicamente marcando la(s) siguiente(s) casilla(s):

- Uso de alcohol Uso de sustancias VIH/SIDA
 Aborto Atención de la salud reproductiva

FECHAS DE TRATAMIENTO

Autorizo que se divulguen los registros de los siguientes periodos: Desde _____ Hasta _____

Método de entrega de los registros solicitados: _____ dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa

Correo Recojo Correo electrónico a: _____

PROPÓSITO DE USO O DIVULGACIÓN: (Marque la categoría que aplica)

Solicitud de cliente Otro (especificar): _____

Entiendo que cualquier divulgación de mi PHI conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Sin embargo, entiendo que, según la ley de California, el destinatario de la PHI bajo esta autorización tiene prohibido volver a divulgar la PHI, excepto con una autorización por escrito o según lo requiera o permita específicamente la ley. También entiendo que una vez que mi información sea utilizada o divulgada, puede que no sea posible recuperarla.

FECHA DE EXPIRACIÓN:

A menos que sea revocada por el paciente, esta autorización para la divulgación de información médica a la persona/organización mencionada anteriormente **expirará automáticamente en 1 año** a partir de la fecha de la firma, o en la fecha, o evento especificado a continuación, lo que ocurra primero.

Esta autorización es válida hasta ____/____/____ o _____
Día Mes Año Evento

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES
AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SUS DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de la autorización - Entiendo que, si acepto firmar esta autorización, lo cual no estoy obligado a hacer, se me debe proporcionar una copia firmada del formulario.

Derecho a revocar la autorización - Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando a LACDMH por escrito. Puedo utilizar la revocación de la autorización que figura al final de este formulario y enviarlo por correo o entregar la revocación a:

Persona de contacto

Nombre de la agencia

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

También entiendo que una revocación no afectará la capacidad de LACDMH o de cualquier proveedor de atención médica para usar o divulgar la información médica por razones relacionadas con la confianza previa en esta autorización o permitidas de otro modo por la ley.

Condiciones: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin que me afecte a mi capacidad para recibir tratamiento. Sin embargo, LACDMH puede condicionar la provisión de tratamiento relacionado con la investigación para obtener una autorización para usar o divulgar información médica protegida creada para un tratamiento relacionado con la investigación. (En otras palabras, si esta autorización está relacionada con una investigación que incluya un tratamiento, usted no recibirá el tratamiento a menos que se firme este formulario de autorización).

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja fielmente mi voluntad.

Firma del cliente / representante legal

Fecha

Si lo firma una persona distinta del cliente, indique la relación y autoridad:

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Nombre del cliente

Firma del cliente / representante legal

Fecha

Si lo firma una persona distinta del cliente, indique el nombre en letra imprenta, la relación y autoridad.

Nombre en letra imprenta: _____

Relación y autoridad: _____