



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Cambio de Decisión de Divulgación para el Intercambio de Información Médica (HIE)

Cambio de Decisión de Divulgación de HIE

Use este formulario **solo** si desea **cambiar** su decisión actual para permitir o restringir el Intercambio de Información Médica (HIE) con los doctores que le realizan pruebas o análisis, o con quienes le dan tratamiento.

Fecha de entrada en vigor del cambio de decisión: _____ (MM/DD/AAAA)

Seleccione una de las siguientes opciones:

☐ **RECHAZO:** NO ACEPTO que mi información personal de salud se comparta en el Intercambio de Información Médica (HIE).

☐ **ACEPTACIÓN:** AHORA ACEPTO que mi información personal de salud se comparta en el Intercambio de Información Médica (HIE). Esto puede incluir información médica relevante registrada antes de la fecha de hoy.

Declaraciones y firmas

Firma del cliente*:	Nombre del cliente:	Fecha:
Firma de un adulto responsable**:	Parentesco con el cliente:	Fecha:
Firma del testigo o intérprete***:	Idioma interpretado:	Fecha:

* Cliente menor de edad: Un cliente menor que recibe servicios bajo su propia firma debe tener el formulario de Consentimiento del Menor firmado en el expediente clínico.

** Adulto responsable: Alguno de los tutores, conservadores o padres del menor, cuando lo requiera la ley.

*** Testigo/Intérprete: Persona que presencié la firma del formulario (empleado u otra persona) O que interpretó este formulario a otro idioma para el cliente.

Esta información confidencial se le facilita de conformidad con las leyes y las normativas estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las normas de privacidad de la HIPAA. Queda prohibida la reproducción de esta información con fines de divulgación posterior sin la autorización previa por escrito del cliente o del representante autorizado al que se refiera, salvo que la ley permita lo contrario. Se exige la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito indicado en la solicitud original.

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

Agencia: _____ Proveedor #: _____

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental