



1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017
P: 213.977.2121
TDD: 213.977.2580

**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**



ACT: _____ MR: _____
DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al llenar este documento, autoriza la divulgación y el uso de su información médica. Si no proporciona toda la información solicitada, esta autorización podría ser inválida.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (obligatorio)

Nombre del paciente _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección _____
Número de teléfono residencial _____ Número de teléfono celular _____
Dirección de correo electrónico _____

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por medio de la presente, autorizo:

- PIH Health Whittier Hospital 562.906.5695 PIH Health Downey Hospital 562.904.5166
 PIH Health Good Samaritan Hospital 213.977.2121 Ext. 8127
 PIH Health Physicians 562.698.0811 Ext. 13698 (o médico/clínica específico) _____

Otro centro de atención médica **que divulgará** los registros

a mí o a _____
Centro de atención médica/persona/organización **que recibirá** los registros

Dirección _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____

la siguiente información:

Marque solo una casilla en esta sección (A, B o C)

- A. Información pertinente (informe resumido de alta, historial y examen físico, informe de consulta, informes de la sala de emergencia, informes de radiología, electrocardiograma, informes de patología).
- B. Toda la información de salud referente a mi historial médico, las enfermedades mentales o físicas y los tratamientos que haya recibido, incluyendo los registros de otros proveedores de atención médica (se aplican tarifas administrativas razonables y por proceso de copiado).
- C. Solo los siguientes registros o tipos de información médica:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe médico sobre cuidado de emergencia o urgente | <input type="checkbox"/> Informe de la consulta | <input type="checkbox"/> Historial y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Informe resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de exámenes laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe operatorio |
| <input type="checkbox"/> Informes de anestesia | <input type="checkbox"/> Muestras de patología | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Informe del recién nacido | <input type="checkbox"/> Informe de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Informes de terapias | | |

Especifique la **fecha** o el **período** de la información seleccionada arriba:

Desde (fecha) _____ Hasta (fecha) _____

D. Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

<u>Seleccione opciones apropiadas</u>	<u>Iniciales</u>	<u>Iniciales</u>
<input type="checkbox"/> Información acerca del tratamiento de salud mental _____	<input type="checkbox"/> Información acerca del tratamiento para el alcoholismo y el consumo de drogas _____	
<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba de VIH _____		
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores _____		

Por favor, entregue mis registros en (*siempre que sea posible*) CD Portal



1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017
P: 213.977.2121
TDD: 213.977.2580

**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**



ACT: _____ MR: _____
DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

OBJETIVO

Objetivo del uso o la divulgación solicitados

Solicitud del paciente U Otro (indique el motivo) _____
Limitaciones, si aplica _____

EXPIRACIÓN

Esta autorización expira el (fecha) _____ (la fecha no puede exceder de un año a partir de la fecha de esta autorización)

MIS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi decisión de negarme no afectará mi posibilidad de obtener el tratamiento, pago o elegibilidad para los beneficios.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se me solicita para permitir su uso o divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviar dicho documento a la siguiente dirección o fax:

PIH Health Whittier Hospital HIM Department
12401 Washington Blvd, Whittier, CA 90602

Fax: 562.967.2908

PIH Health Downey Hospital HIM Department
11500 Brookshire Ave, Downey, CA 90241

Fax: 562.967.2948

PIH Health Good Samaritan Hospital HIM Department
1225 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90017

Fax: 213.202.7265

PIH Health Physicians HIM Department
12401 Washington Blvd, Whittier, CA 90602

Fax: 562.967.2938

Dicha revocación entrará en vigencia al momento de recibirla, excepto en la medida que otros hayan actuado en virtud de esta autorización.

La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el beneficiario. En algunos casos, dicha divulgación posterior no está prohibida por las Leyes de California y podría no estar protegida por la ley de confidencialidad federal de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA). No obstante, las Leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica realice divulgaciones adicionales de mi información, a menos que se me solicite otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea exigida de manera específica o por la ley.

Una copia de esta autorización es tan válida como la original. El abajo firmante tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Fecha _____ Hora _____

Firma _____
(Firma del Paciente o Representante Legal)

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco o relación _____

Nombre con letra de imprenta _____
(Representante Legal)

Witness Signature _____ Print Name _____

Identification Verified by HIM Representative _____ (initials)