

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y/o utilización de información médica que permite la identificación personal, como se describe a continuación, de acuerdo con las leyes de California y federales relacionadas con la confidencialidad de dicha información. **No proporcionar toda la información puede invalidar esta Autorización.**

### UTILIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo la entrega ó divulgación de mi información médica, a saber:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Personas/Organizaciones autorizadas a recibir la información (debe incluir nombre, dirección, número de teléfono, número de fax):

Esta Autorización se aplica a la siguiente información (elija sólo uno de los siguientes):<sup>2</sup>

- A.  Todo reporte medico y resultados de exámenes.  
 Toda la información médica relacionada con cualquier antecedente médico, trastorno mental ó físico y atención médica recibida. [Opcional] Excepto: \_\_\_\_\_

Sólo los siguientes registros ó tipos de información médica (incluyendo las fechas):  
\_\_\_\_\_

B. Autorizo específicamente la entrega de la siguiente información (marque lo que corresponda):<sup>2,3</sup>

- Información sobre tratamiento de salud mental  
 Resultados de pruebas de VIH  
 Información sobre tratamiento por alcoholismo/drogadicción

Se requiere una autorización separada para la entrega ó utilización de notas de psicoterapia.

### PROPÓSITO

Propósito de la utilización ó entrega solicitada:<sup>4</sup>  Solicitud del paciente  Otro :

### VENCIMIENTO

Esta Autorización se vence el: (no debe superar los 6 meses):<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
(Anote la fecha ó acontecimiento)

Los Angeles Community Hospital

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE  
OF HEALTH INFORMATION

Page 1 of 3

Rev (02/01/16)

## NOTIFICACIÓN SOBRE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Puedo negarme a firmar esta Autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí ó en mi nombre y enviada a la siguiente dirección:  
\_\_\_\_\_
- Mi revocación entrará en vigencia en el momento de ser recibida, pero su vigencia no afectará las acciones del Solicitante o terceros basadas en esta Autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.<sup>6</sup>
- La atención médica, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados al hecho de que acceda o me niegue a dar esta autorización.<sup>7</sup>
- La información divulgada conforme a esta autorización podría ser transmitida nuevamente por el receptor y ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996]). Sin embargo, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica vuelva a divulgarla a menos que obtenga nuevamente mi autorización para tal divulgación, ó a menos que las leyes requieran ó permitan específicamente tal divulgación.
- Puedo examinar ú obtener una copia de la información médica cuya utilización ó divulgación se solicita. Si esta casilla  es marcada, el solicitante recibirá una compensación por el uso ó divulgación de mi información.

## FIRMA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Representante / Cónyuge / Responsable Económico)

Si firma un tercero y no el paciente, indique su relación legal con el paciente: <sup>8</sup>

Testigo: \_\_\_\_\_

Representante del hospital que procesa la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma)

1. Si la Autorización la solicita la entidad que tiene en su poder la información, esta entidad es el Solicitante.
2. Este formulario **no** se podrá utilizar para la entrega tanto de las notas de psicoterapia como de otros tipos de información médica (vea 45 CFR  164.508 (b)(3)(ii)). Si este formulario se utiliza para autorizar la entrega de información médica psiquiátrica, se debe utilizar un formulario separado para autorizar la entrega de cualquier otra información médica. Una autorización para la utilización o divulgación de los resultados de una prueba de VIH debe indicar

Los Angeles Community Hospital

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE  
OF HEALTH INFORMATION

Page 2 of 3

Rev (02/01/16)

**específicamente** que autoriza la utilización o divulgación de los resultados de la prueba de VIH y debe estar firmada por un testigo.

3. Si el paciente solicita la entrega a un tercero de información sobre salud mental cubierta por la Ley Lanterman-Petris-Short, el médico, psicólogo diplomado, trabajador social con un título de maestría en asistencia social o psicoterapeuta especialista en matrimonio y familia que esté a cargo del paciente debe aprobar la entrega. Si la entrega no se aprueba, se deben documentar las razones de la negativa. El paciente probablemente podrá obtener legalmente una copia de la documentación él o ella misma y luego entregarla al tercero.
4. La frase "a solicitud del interesado" es suficiente descripción del propósito cuando la persona solicita la autorización y no incluye u opta por no incluir una declaración del propósito.
5. Si la autorización es para la utilización o divulgación de información médica protegida para investigaciones, incluyendo la creación y mantenimiento de una base o archivo de datos de investigación, la frase "fin del estudio de investigación", "Ninguna" u otra afirmación similar es suficiente.
6. Conforme a HIPAA, se debe entregar una copia de la autorización a la persona cuando la ha solicitado una entidad afectada para su propia utilización y divulgación. (ver 45 CFR § 164.508 (d)(1), (e) (2)).
7. Si se aplica a esta declaración alguna de las excepciones que establece HIPAA, esta declaración se deberá modificar para que incluya las consecuencias para la persona de negarse a firmar la autorización cuando dicha entidad afectada puede condicionar la atención médica, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios a la imposibilidad de obtener dicha autorización. Una entidad afectada está autorizada a condicionar la atención médica, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios a la entrega de una autorización en los siguientes casos: (I) para proporcionar un tratamiento relacionado con la investigación, (ii) para obtener información vinculada con las decisiones sobre elegibilidad o inscripción de un plan de salud que afectan a esta persona, o para sus decisiones relacionadas con la emisión de un seguro o clasificación de riesgos. Sin embargo, no se exigirá en ninguna circunstancia que la persona autorice la divulgación de notas de psicoterapia.
8. El solicitante debe completar esta sección del formulario.
9. Su firma indica que usted a recibido una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

**Referencia:** Sección 5328.7 del Código de Beneficencia Pública é Instituciones.

***To be Completed by HIM Staff only***

Copy of Record:     Picked up by \_\_\_\_\_     Mailed to \_\_\_\_\_  
                           Other \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ HIM Employee Signature: \_\_\_\_\_

**Los Angeles Community Hospital**

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

Page 3 of 3

Rev (02/01/16)