



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:  
 Informe médico sobre cuidado de emergencia o urgente  Historial y examen físico  
 Informe resumen del alta  Informe de la consulta  Informe operatorio  
 Informes de anestesia  Informes de exámenes laboratorio  
 Informe de patología  Muestras de patología  Informes de radiología  
 Imágenes de radiología  Informe del recién nacido  Informe de vacunas  
 Informes de terapias  Otro \_\_\_\_\_

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

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

D.  Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

Seleccione opciones apropiadas Iniciales Iniciales

Información acerca del tratamiento de salud mental \_\_\_\_\_  Información acerca del tratamiento para el alcoholismo y el consumo de drogas \_\_\_\_\_

Resultados de la prueba de VIH \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ RM: \_\_\_\_\_  
ADM: \_\_\_\_\_

### 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: 562.967.2358

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)