



LOS
ANGELES
LGBT
CENTER

Servicios de salud

Autorización a terceros para utilizar o divulgar información protegida de la salud

(Para los pacientes que solicitan copias de su propio expediente, utilice el formulario [HS 1350 – Solicitud del paciente para tener acceso a la información de la salud](#))

Al completar y firmar este formulario, el paciente autoriza a las personas o agencias enumeradas a continuación a que obtengan acceso o utilicen la información de la salud protegida del paciente de conformidad con las leyes federales y de California de privacidad de expedientes. **Se debe responder a todas las preguntas antes de que el Centro pueda conceder la solicitud.**

1. Nombre del paciente	
2. Fecha de nacimiento del paciente	
3. Dirección completa del paciente	

Yo, el paciente, autorizo el uso o divulgación de mi información de la salud como se describe a continuación.

4. Persona u organización autorizada a proporcionar la información:

Nombre	
Agency/Organization Agencia u Organización	
Domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	
Email o # de fax	

5. Persona u organización autorizada a recibir la información:

Nombre	
Agency/Organization Agencia u Organización	
Domicilio	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono	
Email o # de fax	

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

**Name:
PF #:**



LOS
ANGELES
LGBT
CENTER

Servicios de salud

Autorización a terceros para utilizar o divulgar información protegida de la salud

(Para los pacientes que solicitan copias de su propio expediente, utilice el formulario [HS 1350 – Solicitud del paciente para tener acceso a la información de la salud](#))

6. Esta autorización es aplicable a la siguiente información:

☐	Registros de consulta/actividad (médica, psiquiátrica y de salud mental). No incluye expedientes de programas de abuso en el consumo de alcohol o drogas
☐	Expedientes de programas de rehabilitación por el abuso en el consumo de alcohol o drogas/actividad
☐	Resultados de exámenes, análisis o radiografías. No incluye resultados del VIH
☐	Resultados de pruebas diagnósticas del VIH
☐	Resultados de pruebas de resistencia del VIH
☐	Listas y registros de medicamentos
☐	Consulta para estudios de imagen
☐	Información de citas
☐	Otro (describa):

7. Formato(s):

☐	Información verbal (por ejemplo, hablar sobre mi salud o coordinar citas).
☐	Copias en papel enviadas por correo a la persona/organización autorizada.
☐	Copias enviadas por correo electrónico o fax a la persona/organización autorizada.
☐	Otro (describa):

8. Razón para la cual se utilizará la información:

☐	Solicitud del (de la) paciente (opción inválida si un profesional de la salud o plan de salud ha solicitado la autorización)
☐	Otro (describa):

9. Vencimiento de la autorización:

☐	Vence en un (1) año
☐	Vence después de (fecha):
☐	Solo si la cancela el paciente por escrito (consultar la siguiente página para las instrucciones).

LAS NUEVE (9) PREGUNTAS DEBEN RESPONDERSE Y LA SIGUIENTE PÁGINA DEBE ESTAR FIRMADA.

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

**Name:
PF #:**



LOS
ANGELES
LGBT
CENTER

Servicios de salud

Autorización a terceros para utilizar o divulgar información protegida de la salud

(Para los pacientes que solicitan copias de su propio expediente, utilice el formulario [HS 1350 – Solicitud del paciente para tener acceso a la información de la salud](#))

Aviso sobre los derechos

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Los Angeles LGBT Center no requiere que yo llene esta solicitud para continuar recibiendo atención o servicios, excepto para los que están relacionados con la investigación. Entiendo que mi capacidad para tener acceso a beneficios o servicios fuera del Centro podría depender de mi disposición a compartir mi información de salud con otras agencias.
- Bajo ninguna circunstancia estoy obligado a autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, información relacionada con el VIH ni sobre mi participación en programas de rehabilitación por el abuso en el consumo de alcohol o drogas.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Estoy consciente de que la cancelación debe hacerse por escrito, firmada por mí y debe enviarse a Los Angeles LGBT Center, Attn: Health Services Medical Records, 1625 Schrader Blvd., Los Angeles, CA 90028. Esta autorización será cancelada después de que el Centro reciba mi aviso de cancelación por escrito, pero dicha cancelación no es válida para la información que ya haya sido utilizada o divulgada antes de que el Centro recibiera el aviso de cancelación.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Si no la he llenado y firmado yo (el o la paciente), se me dará una copia después de haberla firmado.
- Entiendo que la información a la que ha tenido acceso el personal o la agencia autorizados podría ya no estar protegida por la ley de protección federal de la privacidad (HIPAA, siglas en inglés) después de que ha sido usada o divulgada. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona o agencia comparta mi información de salud a menos que yo autorice su divulgación o a menos que la ley lo permita o requiera específicamente.
- Puedo examinar u obtener una copia de la información divulgada de conformidad con esta autorización.

Firma del (de la) paciente o de su representante

Fecha

Nombre del (de la) paciente o de su representante, si corresponde

Parentesco con el cliente

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

**Name:
PF #:**



LOS
ANGELES
LGBT
CENTER

Servicios de salud

Autorización a terceros para utilizar o divulgar información protegida de la salud

(Para los pacientes que solicitan copias de su propio expediente, utilice el formulario [HS 1350 – Solicitud del paciente para tener acceso a la información de la salud](#))

Esta sección es para uso del personal del Los Angeles LGBT Center únicamente.

The undersigned confirm that they have reviewed a copy of the medical records requested by _____ to be provided to _____ and further confirm that the copied documents are a true and correct copy of the medical records of _____.

Staff Member Name: _____ Staff Member Signature: _____ Date: _____

Staff Member Name: _____ Staff Member Signature: _____ Date: _____

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

Name:
PF #: