

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD.

Apellido

Primer Nombre

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

POR ESTE MEDIO AUTORIZA A

<input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center	<input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr.
<input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr.
<input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center	<input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center
<input type="checkbox"/> CHC/Health Center: _____	
<input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic	<input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center
<input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena	<input type="checkbox"/> JWCH, Inc.
<input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Ctr.	<input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center
<input type="checkbox"/> Mission City Community Network	<input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic
<input type="checkbox"/> Other: _____	
Facility Name	Street Address
City	State
State	Zip Code

Compartir la Información Protegida de Salud al:

Departamento de Servicios Sociales Públicos Nombre de la Oficina del Distrito Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Por el período de tiempo que empieza en, _____, y termina en _____.
Fecha Fecha

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha: ____/____/20____

INFORMACIÓN A DIVULGAR

POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CASILLAS APROPIADAS:

- Discharge Summary
- History and Physical
- Consultation
- Operative Report
- Radiology Report
- Radiology Films
- Laboratory / Diagnostic Tests
- Medical Progress Notes
- Other (Please Specify) _____
- Mental Illness or Mental Health Assessment
- Drug and/or Alcohol Abuse Treatment
- Symptomatic HIV/AIDS
- Sexually Transmitted Disease (s)
- EKG Report
- EEG Report
- Summary of Medical History / Treatment

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN – PROPORCIONAR UNA DESCRIPCIÓN DEL PROPOSITO DE USO ADECUADO Y DIVULGACIÓN

Yo, _____, entiendo y acepto que mi proveedor de cuidado de salud complete y devuelva el formulario ABP 1676-1 al Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) para que puedan determinar mi elegibilidad para recibir beneficios.

Entiendo que la información de salud usada o divulgada como resultado de mi firma de esta autorización no sea usada o divulgada después, a menos que se obtenga otra autorización mía o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

Derecho a recibir una copia de esta autorización – Entiendo que si firmo esta autorización, me entregarán una copia del formulario que firme.

CONDICIONES: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización sin afectar mi habilidad para obtener tratamiento de mi proveedor de cuidado de salud pero si no lo hago, puede afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de DPSS.

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, confirmo que refleja con precisión mis deseos.

Firma del Paciente/ Representante Legal Nombre en letra de molde Fecha

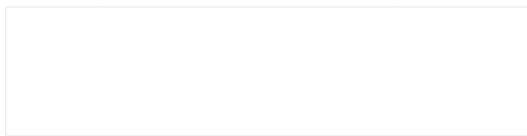
Si es firmado por otra persona que no es el paciente, indique la relación y autoridad para hacerlo:

Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Nombre en letra de molde: _____

Derecho a revocar esta autorización – Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento informando al DPSS por escrito. Puedo usar la revocación de la autorización en la parte inferior de este formulario.

Envíe por correo o entregue la revocación a la siguiente dirección:



También entiendo que una revocación no afectará la capacidad de DPSS o cualquier proveedor de cuidado de salud para usar o divulgar la información de salud o por razones relacionadas con la función anterior a esta Autorización.

<u>REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN</u>	
Firma del Paciente/ Representante Legal:	Fecha:
Si es firmado por otra persona que no es el paciente, indique la relación y autoridad para hacerlo:	
