

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorización Para El Uso Y Divulgación  
de la Información Protegida de Salud**

**COUNTY OF LOS ANGELES  
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
Identificación del trabajador: \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_  
Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO:** Este formulario le pide que acepte darle permiso al Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) para obtener información sobre su salud. El DPSS utilizará esta información para determinar sus beneficios.

**Si completa y firma este formulario:**

- Usted acepta que su doctor o proveedor de atención médica pueda compartir información sobre su salud con el DPSS.
- El DPSS puede compartir su información.
- Usted tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento.

**Si decide no firmar este formulario:**

- Esto no afectará su tratamiento médico.
- Es posible que pueda afectar sus beneficios del DPSS.

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

**Yo autorizo (por favor, marque todas las casillas apropiadas):**

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

Otra: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Compartir la Información Protegida de mi Salud al:**

\_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS (DPSS) NOMBRE DE LA OFICINA DEL DISTRITO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Esta autorización es válida hasta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
FECHA FINAL (MM/DD/AAAA)

**Información que se puede divulgar (por favor, marque todas las casillas apropiadas):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta.                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental o Evaluación de Salud Mental.    |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y físico.             | <input type="checkbox"/> Tratamiento debido al abuso de drogas y/o Alcohol. |
| <input type="checkbox"/> Consultas.                             | <input type="checkbox"/> Sintomático de HIV/SIDA.                           |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo.                     | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual.                |
| <input type="checkbox"/> Informe de Radiología.                 | <input type="checkbox"/> Informe EKG.                                       |
| <input type="checkbox"/> Filmes de Radiología.                  | <input type="checkbox"/> Informe EEG.                                       |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio / Diagnósticos. | <input type="checkbox"/> Resumen de historial médico / tratamiento.         |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso médico.        |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____    |   |

**Usted tiene el derecho a una copia de este formulario.** Si firma este formulario, obtendrá una copia firmada del formulario.

**Si se niega firmar este formulario:**

- No afectará el tratamiento de su proveedor de cuidado de la salud.
- Es posible que pueda afectar su elegibilidad para los beneficios del DPSS.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo y acepto que mi proveedor de cuidado de salud puede proporcionar información acerca de mi salud al DPSS. El DPSS utilizará esta información para determinar mi elegibilidad para beneficios.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el DPSS puede compartir información usada o divulgarla porque yo firmé este formulario.

Si esto sucede, mi información ya no está protegida por la ley federal de privacidad de información de salud.

He tenido la oportunidad de revisar y entender este formulario. Al firmar aquí confirmo que esto realmente refleja mis deseos.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTATE LEGAL      NOMBRE EN LETRA DE MOLDE      FECHA (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO      NOMBRE EN LETRA DE MOLDE / RELACIÓN CON EL PACIENTE      FECHA (MM/DD/AAAA)

## **SI CAMBIA DE OPINIÓN**

**Usted tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento.** Después de completar y firmar este formulario, si cambia de opinión, debe informar a DPSS por escrito. Usted puede hacer esto:

- Firmando la Autorización de Revocación.
- Enviando o entregando este formulario firmado a la siguiente dirección:

## **REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN**

Por el presente revoco la autorización que he dado antes. Entiendo que el DPSS puede usar y compartir la información de salud que mi proveedor de atención médica ya ha compartido con el DPSS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MM/DD/AAAA)