

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: _____

**Autorización para el Uso y Divulgación
de la Información Protegida de la Salud**

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 usará esta información para determinar sus beneficios.

Si usted completa y firma este formulario:

- Usted acepta que su médico o proveedor de atención médica puede 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 a su tratamiento médico.
- Esto puede afectar sus beneficios DPSS.

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Yo autorizo a:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Compartir la información protegida de mi salud a:

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

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Esta autorización es válida hasta: ____/____/____.

FECHA LÍMITE (MM/DD/AAAA)

Información que se puede divulgar (por favor, marque todas las que apliquen):

Condición mental, incluyendo:

- Sus condiciones de salud mental.
- La fecha de inicio de cualquier condición mental.
- Si usted está siendo tratado activamente para su condición.
- Cuánto tiempo se espera que dure la afección.
- Si su condición afecta si puede trabajar o estar en un programa de entrenamiento de trabajo.

Otro (Por favor, especificar) _____

Usted tiene derecho a una copia de este formulario. Si firma este formulario, usted recibirá una copia firmada.

Si usted rehúsa firmar este formulario:

- No afectará el tratamiento por su proveedor de atención médica.
- Puede afectarle si es elegible para los beneficios de DPSS.

_____ Entiendo y acepto que mi proveedor de atención médica puede proporcionar información sobre mi salud al DPSS. El DPSS usará esta información para determinar mi elegibilidad para obtener beneficios.

_____ Entiendo que el DPSS puede compartir información usada o divulgada porque firmé este formulario. Si esto sucede, mi información ya no está protegida por la ley federal de privacidad de información de la salud.

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

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL ESCRIBA SU NOMBRE FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TESTIGO ESCRIBA SU NOMBRE / PARENTEZCO 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 hacerlo saber al DPSS por escrito. Puede hacer esto al:

- Firmar la Revocación de Autorización.
- Enviar o entregar el formulario firmado a la siguiente dirección:

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Por este medio revoco la autorización que di antes. Entiendo que el DPSS puede usar y compartir la información de salud que mi proveedor de la asistencia médica ha compartido ya con el DPSS.

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL ESCRIBA SU NOMBRE FECHA