

ATENCIÓN:
CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES
Health Information Management
4650 Sunset Blvd. MS #46, Los Angeles, CA 90027
Oficina: (323) 361-2387 Fax: (323) 361-1106

SOLICITUD PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA A CHLA

El llenar este documento permite dar a conocer y/o hacer uso de información médica identificable individualmente, como se presenta enseguida, de acuerdo con las leyes de California y Federales respecto a la privacidad de dicha información.

(El incumplimiento de proveer toda la información solicitada puede invalidar este formulario de autorización)

A: (Médico o Institución)

Nombre del hospital o consultorio: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
Teléfono: _____ *Fax: _____

Por este medio autorizo y solicito que la siguiente información médica del paciente se entregue a CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES. Favor de dirigir su respuesta al "Health Information Management Department."

REFERENCIA:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____
Domicilio: _____ Ciudad/Estado/ZP: _____
No. Teléfono: _____ *No. Expediente #: _____

Esta autorización está limitada a la siguiente información:

Mi hijo recibió tratamiento en: hospital clínica consultorio (marcar una)
*Aproximadamente en: _____ (fechas aproximadas de servicio).

información pertinente (H&P, D/S, Cons., OP, Path, X-ray, Lab, EKG)
 Notas de progreso/clínicas Laboratorio Rayos X En Emergencia
 H&P Resumen del alta Otro (favor de especificar) _____

El propósito con el que se va a usar la información es: _____

Esta solicitud debe ser efectiva inmediatamente y deberá quedar en efecto hasta: _____ (fecha).

Tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud. Quiero recibir una copia de esta solicitud: Sí No Iniciales _____

Yo puedo revocar esta solicitud en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada al médico o institución mencionados arriba. Mi cancelación será efectiva cuando haya sido recibida por escrito por el médico o institución mencionados arriba.

Si usted ha solicitado que su información médica sea enviada a alguien a quien legalmente no se le ha solicitado sea guardada confidencialmente, podría ser divulgada nuevamente y ya no estar protegida bajo la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a los receptores de su información médica el divulgar nuevamente su información excepto con su autorización por escrito o como está especificado o permitido por la ley.

Ni el tratamiento, el pago, el registro ni la elegibilidad para los beneficios estarán condicionados a que yo prove o me rehúse a proporcionar esta solicitud para la divulgación de información.

Solicitado por: _____ (Médico/Unidad/Clínica)

Firma, si no es el paciente Parentesco con el paciente Fecha/Hora

Firma del paciente: _____ (el paciente es mayor de 18 años)

Testigo: _____

*Please provide if information is available

