

COMPLETED

CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES
4650 Sunset Boulevard MS#46, Los Angeles, CA 90027
(323) 361-2387 oficina (323) 361-1106 Fax

SOLICITUD PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento, se permite la divulgación y/o el uso de la información de salud identificable individualmente, como se indica más adelante, de acuerdo con las leyes federales y de California relacionadas

con la privacidad de tal información. **(Si no se proporciona toda la información que se solicita, se puede invalidar este documento.)**

Por la presente solicito al Childrens Hospital Los Angeles se divulgue mi información de salud por parte de:

Médico Hospital Abogado Enfermera Escolar Paciente
 Compañía de Seguros Otro (favor de especificar): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de Expediente: _____

Nombre si éste era diferente cuando se recibió: _____

Nombre soltero de la mamá: _____ Nombre del padre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Persona u Organización autorizada para recibir la información:

Organización/Persona: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: () _____ Teléfono: () _____

Este documento de divulgación se limita a la siguiente información:

Episodios/Fechas de solicitud: _____

Información pertinente (Historia Clínica, Nota de Alta, Paciente Externo, Patología, Rayos X, Consentimiento, Laboratorio., EXG)

H&P Consulta Resumen de alta Notas de cirugía Notas de evolución

EKG Rayos X Informe de patología Laboratorio

Apuntes clínicos/Fechas de tratamiento: _____

Otras (favor de especificar): _____

El propósito para el cual esta información será utilizada es: _____

- Esta solicitud será efectiva inmediatamente y se mantendrá en efecto hasta: _____ (Fecha).
- Tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud. Quiero recibir una copia de esta solicitud Sí No/ Iniciales _____.
- Puedo revocar esta solicitud en todo momento, revocación que debe ser por escrito, firmada por mi o de mi parte y enviada a la siguiente dirección: **Childrens Hospital Los Angeles, Health Information Management, 4650 Sunset Blvd.—MS #46, Los Angeles, CA 90027.**

- Mi cancelación será efectiva cuando haya sido recibida en forma escrita por el Childrens Hospital Los Angeles. Si usted ha solicitado que su información de salud sea enviada a alguien que no cumple el requisito legal para mantenerla en forma confidencial, esa información podría ser divulgada de nuevo y ya no estaría protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Las leyes de California prohíben, sin embargo, que quienes reciben su información de salud la divulguen de nuevo sin su autorización por escrito, o como se requiera o permita de acuerdo con la ley.
- El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados por mi aceptación o negación de hacer esta solicitud para divulgación de información. Me puedo negar a firmar esta solicitud.

Firma, si es diferente a la del paciente Fecha Hora _____ am / pm

Parentesco al paciente: _____

Firma del paciente: _____

Testigo: _____

