

WHITTIER HOSPITAL MEDICAL CENTER
 9080 COLIMA ROAD
 WHITTIER, CA 90605-1898
 562.907.1718 TELEFONO / 562.693.7113 FAX

**AUTORIZACION para EL USO o DIVULGACION DE
 INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD**

Al completar este documento se da autorización para el uso de información de salud identificada individualmente, tal como se establece abajo, en consistencia con la ley de California y Federal sobre la privacidad de tal información. **Esta autorización podría quedar anulada si no se proporciona toda la información solicitada.**

Yo por este medio autorizo a Whittier Hospital Medical Center a usar o divulgar mi información protegida de salud tal como sigue:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:			
Nombre del Paciente:	Apellido Paterno	Primer Nombre	Segundo nombre
Fecha de Nacimiento del Paciente (MMDDAAAA)	Número de Seguro Social:	Fecha(s) de tratamiento: Desde _____ Hasta _____	
Propósito de la solicitud: <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Yo soy el (la): <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Representante Legal			

ENTREGUESE A: Nombre y dirección del doctor/persona/agencia que recibirá la información	
Nombre:	
Domicilio:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	Número de fax de la oficina del doctor:

EXPLICACION DE LOS CARGOS PARA LA SOLICITUD:		
<input type="checkbox"/> FAX	Para mi médico (sin cargo)	<input type="checkbox"/> Para un empleado (Sin cargo)
<input type="checkbox"/> POR RECOGER	Para el paciente (cargo de 0.25 por página)	<input type="checkbox"/> Para citas (\$15 de cargo por testigo)
<input type="checkbox"/> CORREO	Para el paciente (cargo de 0.25 por página más el costo de estampillas)	<input type="checkbox"/> Para abogados (Solo Pre-fracturación)

TIPO DE INFORMACION AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA:		
<input type="checkbox"/> Resumen de Alta	<input type="checkbox"/> Reporte Patológico	<input type="checkbox"/> Solo Pagina de Portada
<input type="checkbox"/> Historial Físico	<input type="checkbox"/> Reporte de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Visita de Emergencia
<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Reporte de Rayos-X	<input type="checkbox"/> Visita a Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Reporte de Cirugía	<input type="checkbox"/> Reporte EKG	<input type="checkbox"/> Visita de Cirugía Ambulatoria
<input type="checkbox"/> Registro de Anestesia	<input type="checkbox"/> Reporte de Cardiología	<input type="checkbox"/> Visita de Cirugía GI
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Expediente del Recién Nacido	<input type="checkbox"/> Vista Clínica
<input type="checkbox"/> Excepciones, por favor especifique la información que se mantendrá privada: _____		

NOTIFICATION DE SUS DERECHOS Y OTRA INFORMACION:

- ◆ Yo puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si yo elijo no firmar, nosotros no podremos divulgar sus registros médicos a usted o al solicitante.
- ◆ Yo puedo anular esta autorización en cualquier momento. Mi anulación deberá hacerse por escrito, firmada por mi o en mi representación y entregada o enviada por correo a:
Health Information Management Department
Whittier Hospital Medical Center
9080 Colima Road
Whittier, CA 90605
- ◆ Mi anulación será efectiva tan pronto como sea recibida, pero no será efectiva hasta la extensión de que el solicitante u otros hayan actuado dependiendo en esta autorización.
- ◆ Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- ◆ Ningún tratamiento, pago, enrolamiento ni elegibilidad para beneficios será condicionado en mi aprobación o negación de proveer esta información.
- ◆ La información revelada pertinente a esta autorización podría ser re-revelada por el recipiente y podría no más estar protegida por la ley general de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información de salud de hacer más revelaciones de la misma a no ser que obtenga otra autorización por tales revelaciones de parte mía o a no ser que tales revelaciones sean requeridas o permitidas por la ley. Por este medio, libero a Whittier Hospital Medical Center; a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información médica protegida y cualquier nueva re-divulgación.
- ◆ Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información protegida de salud sobre la cual estoy siendo solicitado de revelar.
- ◆ La solicitud para divulgar información de la información de salud protegida toma de 5 a 7 días para ser procesada. Usted puede llamar al 562.907.1718 para averiguar sobre el estado de su solicitud.

FIRMAS: Paciente o Representante Legal

Firma	Fecha:	Hora:
Nombre (Impreso)	Relación Legal con el paciente:	

ANULACION DE LA SOLICITUD

Yo quiero anular esta solicitud de Autorización para el Uso o Divulgación de Información Protegida de Salud.

Firma: (Paciente o Representante Legal)	Fecha:	Hora:
Nombre (Impreso): Paciente o Representante Legal	Relación legal con el paciente:	
Personal de WHMC verificando la firma:	Fecha:	Hora:

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Identidad del solicitante validado con:

- Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación con fotografía (adjunte copia con la solicitud)
- Certificado de Defunción Original (adjunte copia con la solicitud)
- Poder Legal para Asuntos de Cuidado de Salud (adjunte copia con la solicitud)

Personal de WHMC verificando la firma:	Fecha:	Hora:
--	--------	-------