



# ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CENTER

2411 N. Broadway Los Angeles, CA 90031 | Tel:(323) 987-2097

Email: [healthinformation@arroyovista.org](mailto:healthinformation@arroyovista.org) Fax: (323)987-1450

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                      |                |                |  |
|----------------------|----------------|----------------|--|
| APELLIDO:            |                | PRIMER NOMBRE: |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: | # DE ARCHIVO:  | # DE TELEFONO: |  |
| DIRECCION:           | CIUDAD/ESTADO: | CODIGO POSTAL: |  |

| Individuo/Organización Proveyendo La Información | Individuo/Organización Recibiendo La Información  |
|--|---|
| Nombre: _____                                    | Nombre: _____                                     |
| Dirección: _____                                 | Dirección: _____                                  |
| Ciudad: _____ Estado: _____                      | Ciudad: _____ Estado: _____                       |
| Código Postal: _____                             | Código Postal: _____                              |
| # de Tel: (____) _____                           | # de Tel: (____) _____                            |
| # de Fax: (____) _____                           | # de Fax: (____) _____                            |
|  | <input type="checkbox"/> Paciente - Correo Elec.: |

*45 C.F.R. §§164.508(c)(1)(ii), and (iii); CA Civil Code §§56.11(c), and (f)*

## Descripción de la Información que será Divulgada (proporcionar una descripción específica de la información que será divulgada)

*45 C.F.R. §164.508(c)(1)(i); CA Civil Code §§56.11(d), and (g)*

### Ponga sus iniciales en cada información confidencial que autorize sea divulgada:

|   |  |
|---|--|
| ____ VIH/SIDA/ETS/Hep.C/<br>(Int.) Prueba/ Resultados/ Tratamiento                      | ____ Información de Alcohol/Drogas<br>(Int.) |
| ____ Información de Salud Mental/Salud<br>(Int.) Conductual (Depresión, Ansiedad, etc.) | ____ Análisis Genéticos<br>(Int.)            |
| ____ Otro motivo: _____<br>(Int.)   |  |
| Aprobado por el Proveedor: _____ Negado por el Proveedor: _____ Fecha: _____            |  |

### Otro motivo:

Durante el siguiente período de tiempo: Desde \_\_\_\_\_ (Fecha) al \_\_\_\_\_ (Fecha).

### Describa el propósito y limitaciones para el uso o la divulgación de la información (indique cómo se utilizará la información) *45 C.F.R. §164.508(c)(1)(iv)*

**La información no se usará para ningún otro propósito que no sea el uso previsto.**

Habrà un cargo por cada copia personal o la transferencia permanente de su expediente. CIOX ha sido contratado por Arroyo Vista Family Health Center para proporcionar este servicio y CIOX le cobrará directamente. Para preguntas llame a CIOX al: (800) 367-1500 seleccione el #10.

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN



# ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CENTER

Esta autorización para la divulgación de la información expirará en 12 meses a partir de la fecha firmada o según lo especificado \_\_\_\_\_ (fecha).

[45 C.F.R. §164.508(c)(v); CA Civil Code §56.11(h)]

Yo entiendo que:

- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud como se describe arriba para el propósito indicado. Entiendo que esta autorización es voluntaria. [45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta firmada a Arroyo Vista Family Health Center, Departamento de Manejo de Información de Salud en 2411 N. Broadway, los Angeles, CA 90031. La autorización terminará en la fecha en que se reciba mi solicitud válida de revocación. [45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i); CA Civil Code §56.15]
- El aviso de Prácticas de Privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi autorización e incluye limitaciones de mi revocación. [45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. [45 C.F.R. §164.508(c)(2)(ii)]
- Bajo la ley de California, el recipiente de mi información médica tiene prohibido revelar la información, excepto con una autorización escrita o como requerido o permitido por la ley. [CA Civil Code §56.13]
- Si la organización o persona que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud; la información divulgada no sera protegida por reglamentos federales de privacidad. [45 C.F.R. §164.508(c)(2)(iii)]
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. [45 C.F.R. §164.508(c)(4); CA Civil Code §56.11(i)]
- Los registros y copias obtenidas por el destinatario en relación con la atención de psicoterapia se devolverán a la organización o destruirán por el destinatario en la fecha de vencimiento de esta autorización, excepto las obtenidas para propósitos de tratamiento y diagnóstico. [CA Civil Code §56.104(a)(4)]

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Firma Del Paciente: | Fecha: |
|---------------------|--------|

[45 C.F.R. §164.508(c)(1)(vi); CA Civil. Code §56.11(c)]

|                               |           |        |
|-------------------------------|-----------|--------|
| Firma del Representate Legal: | Relacion: | Fecha: |
|-------------------------------|-----------|--------|

[45 C.F.R. §164.508(c)(1)(vi); CA Civil Code §56.11(c)]

ID Obtained and All Information Verified By AVFHC Employee:

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

- Lincoln Heights     Highland Park     ES Valley     ES Huntington

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN