



Patient Information	Nombre de el Paciente		Otro Apellido	
	Domicilio		Ciudad/Estado/Codigo Postal	
	Fecha Nacimiento	Telefono	Correo Electronico	
	/ /			
Information to be Released From:	Nombre Hospital	Direccion	# Telefono	# Fax
	East Los Angeles Doctors Hospital	4060 E Whittier Blvd Los Angeles, CA 90023	323-268-5514 Ext. 4128	323-260-4277
Information to be Released to:	Nombre de Hospital/Clinica/Medico/Persona			
	Domicilio		Ciudad/Estado/Codigo Postal	
	# Telefono		Fax (casos de urgencia)	
For What Purpose:	<input type="checkbox"/> Continuacion de atencion medica <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otra (indicar la razon): _____			
Information to be Released:	Fechas de Servicio: De _____ A _____			
	<input type="checkbox"/> Historial y examen fisico <input type="checkbox"/> Informed de consulta <input type="checkbox"/> Informe de patologia <input type="checkbox"/> Departamento de emergencia <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG) <input type="checkbox"/> Orden medica (MD) <input type="checkbox"/> Reporte medico <input type="checkbox"/> Continuacion atencion medica <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Informe quirurgico <input type="checkbox"/> Informes de radiologia <input type="checkbox"/> Resultados Laboratorio <input type="checkbox"/> Apuntes de evaluacion(MD) <input type="checkbox"/> Apuntes de enfermeria <input type="checkbox"/> Evaluacion mental <input type="checkbox"/> Uso personal		

Las leyes estatales / federales requieren una autorizacion especifica para liberar los siguientes tipos the informacion medical protegida:

Salud mental / tratamiento psiquiatrico Pruebas geneticas

Tratamiento por abuso de alcohol / drogas Resultados de la prueba HIV/SIDA

Escriba sus iniciales en la line junto a la informacion que esta autorizando

Autorizacion	<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que completar y firmar esta autorizacion es voluntario. • Entiendo que una fotocopia de esta autorizacion se considerara tan valida como la original. • Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripcion o la elegibilidad no estaran condicionados a que firme esta autorizacion. • Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento, except en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorizacion. • Entiendo que esta autorizacion puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basandose en esta autizacion. • Para revocar esta autorizacion, debo hacerlo por escrito y debe ser enviada a la instalacion de la que he autorizado que se divulgue mi informacion. • A menos que se revoque do otra manera, esta autorizacion vencera 180 dias despues de la fecha de firma de este formulario. • Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion. • Entiendo que se requiere una autorizacion especifica separada para autorizar la divulgacion o el use de notas de psicoterapia, como se define en las regulaciones federales que impementan la Ley de Portabilidad & Responsabilidad del Seguro Medico (HIPAA).
---------------------	--

Entiendo que puede haber una tarifa asociada con esta solicitud

	<input type="checkbox"/> Records en papel entregados por <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Recogida en la instalacion Fech: _____ <input type="checkbox"/> Records en formato electronico <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> Quiero que mis records esten encriptados <input type="checkbox"/> No quiero que mis records esten encriptado
--	---

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	AM or PM
Firma del paciente o representate autorizado	Nombre en letra imprenta	Fecha	Hora	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	AM or PM
Parentesco (si esta firmado por otra persona)	Nombre en letra imprenta	Fecha	Hora	