

## AUTORIZACIÓN Y SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

- Alhambra Health Center
  - Baldwin Park Health Center
  - Glendora Health Center
  - Highland Park Health Center
  - Pasadena Health Center
- |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alhambra Health Center</li> <li>• Baldwin Park Health Center</li> <li>• Glendora Health Center</li> <li>• Highland Park Health Center</li> <li>• Pasadena Health Center</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>  330 S. Garfield Ave. Suite 300, Alhambra, CA 91801</li> <li>  4070 Sterling Way, Baldwin Park, CA 91706</li> <li>  130 W. Route 66, Suite 100, Glendora, CA 91740</li> <li>  5903 N. Figueroa St. Highland Park, CA 90042</li> <li>  1045 N. Lake Ave. Pasadena, CA 91104</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
	Dirección del paciente:	Teléfono del paciente:
	Correo electrónico del paciente:	

### SOLICITUD DEL PACIENTE

2	POR LA PRESENTE SOLICITO acceso a <input checked="" type="checkbox"/> inspeccionar u <input checked="" type="checkbox"/> obtener una copia (marque la casilla que corresponda) de mi información de salud en poder de Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley. Solicito que la información se proporcione en el siguiente formato (seleccione la respuesta en la casilla 3 o 4).				
3	<input type="checkbox"/> Copia en papel (seleccione una opción): <input type="checkbox"/> Retiro por cuenta propia <input type="checkbox"/> Fax a: _____ <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> A la dirección en la casilla 1 <input type="checkbox"/> A la dirección que está más abajo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombre:</td> <td style="width: 50%;">Dirección:</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Copia electrónica (disponible solo para información que se mantiene en formato electrónico). <input type="checkbox"/> Enviarle un correo electrónico a la dirección en la casilla 1 SI DESEA QUE SE LE ENVÍE INFORMACIÓN DE SALUD A USTED O A OTRA PERSONA POR CORREO ELECTRÓNICO, LEA LA SECCIÓN 1, "RIESGOS DE USAR EL CORREO ELECTRÓNICO", EN LAS CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN.	Nombre:	Dirección:		
Nombre:	Dirección:				
4	<input type="checkbox"/> POR LA PRESENTE AUTORIZO a Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley a divulgar mi información de salud a (Proveedor que está más abajo) <input type="checkbox"/> POR LA PRESENTE AUTORIZO a (Proveedor que está más abajo) a divulgar mi información de salud a Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley: <input type="checkbox"/> Enviar por correo a: Care Team 1037 N Lake Ave Pasadena, CA 91104 <input type="checkbox"/> Fax a: (626) 798-2919 <input type="checkbox"/> Fax a otros: _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombre del proveedor:</td> <td style="width: 50%;">Teléfono del proveedor:</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Dirección del proveedor:</td> <td style="width: 50%;">Fax del proveedor:</td> </tr> </table>	Nombre del proveedor:	Teléfono del proveedor:	Dirección del proveedor:	Fax del proveedor:
Nombre del proveedor:	Teléfono del proveedor:				
Dirección del proveedor:	Fax del proveedor:				

5

**INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE DARÁ A CONOCER** Autorizo específicamente la divulgación o recepción de la siguiente información para el siguiente rango de fechas: *De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_*

Informes de laboratorio relacionados con: \_\_\_\_\_

Todos los informes de laboratorio (no incluye los resultados del VIH)

Resúmenes de visitas (Incluye examen físico pero excluye información sobre alcohol/drogas y notas de salud mental/salud conductual)

Antecedentes del paciente

VIH o SIDA

Registros de vacunación

Salud mental/salud conductual

Alcohol/drogas

Otro: \_\_\_\_\_

Registros del centro receptor al que me pueden trasladar (solo para pacientes trasladados o derivados)

### CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

- 1. RIESGOS DE USAR EL CORREO ELECTRÓNICO** para recibir sus registros de salud: el correo electrónico puede no ser confiable, seguro o privado. Por ejemplo:
  - El correo electrónico puede ser objeto de piratas informáticos. (Las personas no autorizadas pueden interceptarlo, alterarlo o usarlo).
  - El correo electrónico puede enviarse a la persona equivocada, perderse o estar sujeto a otros errores de envío.
  - El correo electrónico puede provenir de alguien que no sea el remitente nombrado.
  - El correo electrónico es más fácil de falsificar que los papeles escritos a mano y firmados.
  - Cualquier persona que tenga acceso a una cuenta de correo electrónico tendrá acceso a todos los mensajes de esa cuenta. Esto incluye a aquellos que tienen permiso para usar la cuenta de correo electrónico, así como a aquellos que no lo tienen.
  - Cualquier persona que reciba o tenga acceso a un correo electrónico puede leerlo, reenviarlo, copiarlo, eliminarlo o cambiarlo. Esto incluye a aquellos que tienen permiso para usar la cuenta de correo electrónico, así como a aquellos que no lo tienen.
  - Cualquier correo electrónico eliminado se puede encontrar de nuevo.
  - Los servicios de correo electrónico tienen derecho a guardar y verificar el correo electrónico enviado a través de su sistema.
  - El correo electrónico puede propagar virus.
  - No debe recibir su información de salud por correo electrónico si las personas que no desea que vean su información médica tienen acceso a su cuenta de correo electrónico.
- 2. ESTA SOLICITUD ESTÁ LIMITADA POR LA LEY.** No hay derecho a solicitar acceso para inspeccionar u obtener una copia de:
  - a) notas de psicoterapia; b) información recopilada en anticipación razonable de una acción o procedimiento civil, penal o administrativo o para su uso en dichas acciones o procedimientos.
- 3. TIEMPO DE RESPUESTA.** Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley (PPPSGV) tienen hasta cinco (5) días hábiles después de recibir la solicitud por escrito para responder una solicitud de inspección y quince (15) días después de recibir esta solicitud para proporcionar copias.
- 4. PROPORCIONAR EL ACCESO SOLICITADO.** La información de salud está disponible para todos los pacientes a través del Portal del Paciente. Si se solicitan copias de la información de salud, PPPSGV intentará cumplir con cada solicitud de la manera solicitada. Por ejemplo, si el solicitante pide que se le envíe la información de salud a una dirección de correo electrónico en particular en formato PDF, PPPSGV intentará enviar la información de esa manera. PPPSGV puede tratar de cumplir con la solicitud de otra manera si PPPSGV técnicamente no puede cumplir con la solicitud de la manera preferida o si PPPSGV no puede llegar a un acuerdo con el solicitante con respecto a los medios para cumplir con la solicitud.
- 5. HORA Y FORMA DE ACCESO.** Si se concede el acceso para inspeccionar, se acordará un momento o lugar conveniente para la inspección. Si se concede el acceso para obtener una copia, la información se enviará al solicitante por correo, a menos que se acuerde lo contrario.
- 6. DENEGACIÓN DE UNA SOLICITUD DE ACCESO.** PPPSGV puede negarse a divulgar la información de salud si PPPSGV ha determinado, en el ejercicio del juicio profesional, que el acceso solicitado puede razonablemente poner en peligro la vida o la seguridad física del individuo o de otra persona. Si una solicitud de acceso se deniega, en su totalidad o en parte, PPPSGV debe proporcionar una denegación por escrito con: a) el fundamento de la denegación; b) una declaración de los derechos de revisión, si es el caso, y c) una descripción de cómo el solicitante puede presentar una reclamación a PPPSGV o al Secretario de Salud y Servicios Humanos ("HHS").
- 7. DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN DE UNA DENEGACIÓN.** Existe el derecho a solicitar una revisión por parte de un segundo profesional de la salud autorizado designado por PPPSGV de una denegación de una solicitud de acceso por la razón en el párrafo 7 anterior.

- 8. SIN DERECHO A SOLICITAR UNA REVISIÓN DE UNA DENEGACIÓN.** No hay derecho a solicitar una revisión si PPPSGV deniega una solicitud de acceso: a) a notas de psicoterapia; b) la información involucra una investigación que está en curso y la denegación de acceso se acordó como parte del consentimiento para participar en la investigación o d) la información se obtuvo de un tercero bajo la promesa de confidencialidad y el acceso probablemente revelaría la fuente de la información.
- 9. CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN.** Esta Autorización expirará dentro de un año de la fecha y firma original, a menos que se indique lo contrario (inserte la fecha): \_\_\_\_\_

Si solicita que su información se le envíe a usted o a otra persona por correo electrónico, además, reconoce y acepta los riesgos de transmitir y recibir su información por correo electrónico, como se indica en este formulario, y acepta divulgar y eximir de responsabilidad a PPPSGV de cualquier responsabilidad que pueda resultar del uso del correo electrónico para comunicarse con usted u otra persona que haya designado para recibir los correos electrónicos que incluyan su Información de salud. Esto incluye, pero no se limita a las filtraciones de datos confidenciales o privados que pueden provenir del uso del correo electrónico (excepto si lo exige la ley).

Entiendo que al firmar esta autorización:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud de identificable individualmente a solicitud del paciente (yo mismo). Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso firmado que ponga fin a esta autorización a la dirección que figura en la página uno. La autorización cesará en la fecha en que se reciba mi solicitud de revocación válida.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- De acuerdo con la ley de California, el destinatario de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar la información, excepto con una autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.
- Si la organización o la persona que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por la ley federal de privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

6	Firma del paciente O BIEN firma del representante autorizado (si lo requiere la ley estatal): _____	Fecha: _____
	Si es representante autorizado, indique la relación con el paciente: _____	
7	<b>Solo para uso administrativo</b> <i>Forma de identificación presentada:</i> _____ <i>Identidad verificada por:</i> _____	