



Autorización para Divulgar Información

☐ **Main Hospital**

1891 Effie Street
Los Angeles, CA 90026
P: 323.644.2000
F: 323.544.6391

☐ **CONREP / FCTP LA**

621 S. Virgil Avenue
Los Angeles, CA 90005
P: 213.368.5400
F: 213.368.5454

☐ **Child & Adolescent
Outpatient Program**

711 W. College St Ste 500
Los Angeles, CA 90012
P: 323.644.2000
F: 323.644.2793

☐ **Homeless Services**

320 N. Madison Avenue
Los Angeles, CA 90004
P: 323.644.2026
F: 213.342.3118

☐ **Normandie Village East**

1355 S. Hill Street
Los Angeles, CA 90015
P: 213.389.5820
F: 213.402.3136

☐ **Percy Village**

3455 Percy Street
Los Angeles, CA 90023
P: 323.268.2100
F: 323.983.7530

☐ **Wellness Services**

433 N. Hoover Street
Los Angeles, CA 90004
P: 323.644.2040 | F:
213.342.3118

☐ **Satellite / STRP**

437 N. Hoover
Los Angeles, CA 90026
P: 323.644.2030
F: 323.660.6866

☐ **CONREP / FCTP SD**

450 A Street, Fifth Floor
San Diego, CA 92101
P: 619.544.1435
F: 619.393.0715

☐ **Crisis Residential / Social
Rehabilitation Treatment
Program**

423 N. Hoover
Los Angeles, CA 90004
P: 323.300.1830
F: 323.544.6555

☐ **Addiction Healing and
Recovery Program**

1891 Effie Street
Los Angeles, CA 90026
P: 323.644.2000
F: 323.544.6391

☐ **Enhanced Care
Management**

711 W. College St
Los Angeles, CA 90012
P: 323.644.2000
F: 323.544.6391

Se le solicita esta autorización para recibir o divulgar información médica con el fin de cumplir con los términos de la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de 1980, sección y siguientes del Código Civil de California y la Sección 5328 y siguientes del Código de Bienestar e Instituciones.

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: _____

Fecha De nacimiento: _____

Fecha(s) de Admisión y/o Tratamiento: _____

Numero de Telefono: _____ Correo Electronico: _____

Domicilio: _____

Autorización/Propósito:

Por la presente autorizo a GATEWAYS HOSPITAL & MENTAL HEALTH CENTER (médico, hospital, proveedor de atención médica o individuo) a recibir o divulgar la información indicada relacionada con los servicios y tratamientos prestados, para el siguiente uso/motivo:

Nombre del Solicitante/Destinatario: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono: _____ Numero de fax: _____

Correo Electronico: _____



Autorización para Divulgar Información

Información a divulgar/recibir:

Duración: Esta autorización entrará en vigor de inmediato y podrá ser revocada en cualquier momento por el abajo firmante, en la medida en que no se haya tomado ninguna medida basándose en ella. Si no se revoca, vencerá el _____ (fecha) o en un año, sin necesidad de revocación expresa.

Autorización

He leído cuidadosamente y entiendo lo anterior. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información especificada anteriormente sobre mi condición, o los registros médicos relacionados con ella, así como el tratamiento/servicio que he recibido durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, lo cual puede incluir enfermedad psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, uso de alcohol/drogas, atención de salud reproductiva y/o aborto, a las personas o agencias indicadas.

Además, entiendo que la información divulgada puede contener datos potencialmente sensibles, y libero de toda responsabilidad a mi equipo de tratamiento, sus asociados, Gateways Hospital and Mental Health Center, así como a sus empleados y representantes, por la divulgación de dicha información o registros a las personas o agencias designadas.

Restricción: La divulgación o transferencia de información no especificada a cualquier persona o entidad no mencionada en este documento está prohibida. Se deberá obtener un consentimiento adicional por escrito para cualquier nuevo uso propuesto de la información o para su transferencia a otra persona o entidad. La información proporcionada solo podrá utilizarse para los fines aquí indicados.

El abajo firmante autoriza por la presente la divulgación de la información a la parte especificada anteriormente. Firmo esta autorización de manera voluntaria y entiendo que el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

NOTA: SE DEBE INCLUIR UNA COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA JUNTO CON LA AUTORIZACIÓN

Nombre del Representante Autorizado

Firma

Fecha



Autorización para Divulgar Información

Relación con el paciente si firma alguien distinto al paciente:

Nombre del Testigo	Firma	Fecha
<p style="text-align: center;">REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN</p> <p>Gateways Hospital & Mental Health Center quedará exento de toda responsabilidad por cualquier registro divulgado antes de recibir el aviso de revocación.</p> <p>El paciente y/o su representante autorizado revoca esta autorizacion a partir de _____ (fecha).</p>		
Nombre del Personal	Firma del Personal	Fecha
Nombre del Paciente/Representante	Firma del Paciente/Representante	Fecha
Autorizado	Autorizado	