



## 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
<b>REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN</b>		
Gateways Hospital & Mental Health Center quedará exento de toda responsabilidad por cualquier registro divulgado antes de recibir el aviso de revocación.		
El paciente y/o su representante autorizado revoca esta autorización a partir de _____ (fecha).		
Nombre del Personal	Firma del Personal	Fecha
Nombre del Paciente/Representante	Firma del Paciente/Representante	Fecha
Autorizado	Autorizado	