

**City of Hope National Medical Center y/o Fundación Médica de City of Hope (City of Hope, "COH")**

*City of Hope National Medical Center and/or City of Hope Medical Foundation ("COH")*

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN  
DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

Release # (Staff Use):

*Divulgación n.º (para uso del personal):*

Nombre: (Apellido): \_\_\_\_\_ (Primer nombre): \_\_\_\_\_  
*Name: (Last) (First)*

(Segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*(Middle) DOB*

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
*Address: City/State/Zip Code*

Teléfono de preferencia: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Móvil  Casa  Trabajo  Otro  
*Preferred Telephone: Mobile Home Work Other*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*Email Address:*

- Propósito - Deseo:**  
*Purpose - I would like to:*  
(Marque todo lo que corresponda):  
*(Please check all that apply):*
- Solicitar una copia de mi historia clínica para mi proveedor de atención médica  
*Request a copy of my medical records for my healthcare provider*
  - Solicitar mi historia clínica para uso personal  
*Request my medical records for personal use*
  - Autorizar a COH a obtener mi historia clínica del/de los proveedor(es) indicado(s) en la página 2\*  
*Authorize COH to obtain my medical records from the specified provider(s) listed on page 2\**
  - Autorizar a COH a divulgar mi historia clínica / información de salud al/a los individuo(s) indicado(s) en la página 2\*  
*Authorize COH to release my medical records / health information to the specified individual(s) listed on page 2\**
  - Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
*Other, Specify:*

**Proporcione los registros solicitados en el siguiente formato:**  Copia en papel  CD  Memoria  
*Please provide requested records in the following format: Paper Copy CD USB*  
*USB Drive*

**Método de entrega:**  Recoger  Correo  Fax  Correo electrónico seguro  
*Delivery method: Pickup Mail Fax Secure Email*

**Se necesita antes de la fecha:**  
*Date Needed By:*

**City of Hope**

**Authorization to Use and Disclose Protected  
Health Information**

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN  
DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

**Información a ser divulgada**

**Information To Be Released**

Especifique dónde se recibieron los servicios (Ubicación del centro, por ej. Duarte, Glendora, Pasadena):  
Specify where services were rendered (Site Location, e.g. Duarte, Glendora, Pasadena):

Hospitalización     Ambulatorio    Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_  
*Inpatient                      Outpatient                      Dates of Treatment:*

Documentos pertinentes (Examen de salud y físico, consulta, notas clínicas, informe quirúrgico, resumen del alta, radiooncología, quimioterapia y resultados de pruebas)  
*Pertinent Documents (H&P, Consult, Clinic Notes, Operative Report, Discharge Summary, Radiation Oncology, Chemotherapy & Test Results)*

Laboratorio     Patología     Diapositivas de patología     Radiología     Imágenes radiológicas  
*Laboratory                      Pathology                      Pathology Slides                      Radiology                      Radiology Images*

Cardiología     Información de análisis     Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
*Cardiology                      genéticos                      Other, Specify:*  
*Genetic Testing Information*

**MI INFORMACIÓN ALTAMENTE CONFIDENCIAL:** Al marcar la(s) casilla(s) y colocar mis iniciales al lado de la categoría de información altamente confidencial que se indica a continuación, autorizo específicamente el uso o la divulgación del tipo de información altamente confidencial que se indica al lado de mis iniciales, en caso de que dicha información se utilice o se divulgue de acuerdo con esta autorización:

**MY HIGHLY CONFIDENTIAL INFORMATION:** By checking the box(es) and placing my initials next to a category of highly confidential information listed below, I specifically authorize the use and/or disclosure of the type of highly confidential information indicated next to my initials, if any such information will be used or disclosed pursuant to this Authorization:

\_\_\_\_\_ Prueba o tratamiento de VIH/SIDA  
(incluso el dato de que se solicitó, realizó o reportó una prueba de VIH, independientemente de si el resultado de esas pruebas fueron positivos o negativos)  
*HIV/AIDS Testing or Treatment (including fact that an HIV test was ordered, performed or reported, regardless if whether the results of such tests were positive or negative)*

\_\_\_\_\_ Tratamiento por enfermedad mental o trastorno del desarrollo  
*Mental Illness or Developmental Disability Treatment*

\_\_\_\_\_ Tratamiento por abuso de sustancias (es decir, drogas o alcohol)  
*Substance Abuse Treatment (i.e. alcohol or drug)*

\_\_\_\_\_ Pruebas e información genética  
*Genetic Testing and Information*

**City of Hope**

**Authorization to Use and Disclose Protected Health Information**











**City of Hope National Medical Center and/or City of Hope Medical Foundation ("COH")  
AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

Entiendo que COH me notificará su decisión de aprobar o rechazar mi solicitud para inspeccionar la información solicitada en un plazo de 5 (cinco) días hábiles después de recibir esta solicitud. Entiendo que COH rechazará mi solicitud para obtener una copia de la información solicitada o me enviará la copia en un plazo de 15 (quince) días calendario después de recibir esta solicitud. Sin embargo, si COH no puede cumplir con el plazo, COH puede prolongarlo por un máximo de 30 (treinta) días calendario notificándome por escrito que necesita más tiempo para cumplir.

*I understand that COH will notify me of its decision to approve or deny my request to inspect the Requested Information within five (5) working days of receiving this request. I understand that COH will either deny my request to obtain a copy of the requested information or send me the copy within fifteen (15) calendar days of receiving this request. However, if COH is unable to meet that deadline, COH may extend the time up to a maximum of thirty (30) calendar days, by notifying me in writing of its need for additional time to comply.*

Entiendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicho rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación ni la calidad de mi tratamiento en COH, salvo que el único objetivo de mi tratamiento en COH sea generar información de salud para divulgar al destinatario identificado en esta autorización, en cuyo caso COH puede negarse a tratarme si no firmo esta autorización.

*I understand that I may refuse to sign or may revoke (at any time) this Authorization for any reason and that such refusal or revocation will not affect the commencement, continuation or quality of my treatment at COH, except, if my treatment at COH is for the sole purpose of creating health information for disclosure to the recipient identified in this Authorization, in which case COH may refuse to treat me if I do not sign this Authorization.*

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que venza el plazo de esta autorización o que yo le envíe una notificación de revocación por escrito a los Servicios de gestión de información de salud (Health Information Management Services, HIMS) de COH a la dirección indicada a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que COH reciba mi notificación de revocación por escrito, excepto que la revocación no afectará ninguna medida que COH haya tomado de acuerdo con esta autorización antes de haber recibido mi notificación de revocación por escrito. Si tengo alguna pregunta acerca de esta autorización, puedo comunicarme con un especialista en gestión de información de salud durante el horario habitual, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de la siguiente forma:

*I have a right to receive a copy of this Authorization. I understand that this Authorization will remain in effect until the term of this Authorization expires or I provide a written notice of revocation to COH's Health Information Management Services (HIMS) at the address listed below. The revocation will be effective immediately upon COH's receipt of my written notice of revocation, except that the revocation will not have any effect on any action taken by COH in reliance on this Authorization before it received my written notice of revocation. If I have any questions about this Authorization, I may contact a Health Information Management Specialist during regular hours, Monday - Friday, 8:30 a.m. - 4:30 p.m. as follows:*

**City of Hope - Servicios de gestión de información de salud**  
**1500 E. Duarte Rd, Duarte, CA 91010-3000; Tel: (626) 218-2446; Fax: (626) 218-8443**  
*City of Hope - Health Information Management Services*  
**1500 E. Duarte Rd, Duarte, CA 91010-3000; Tel: (626) 218-2446; Fax: (626) 218-8443**

**City of Hope**

**Authorization to Use and Disclose Protected  
Health Information**

**City of Hope National Medical Center and/or City of Hope Medical Foundation ("COH")  
AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Todos los informes escritos permanecerán en COH como parte de mi archivo permanente, incluyendo los registros de proveedores de atención externos. Si se me concede el acceso a la información solicitada, comprendo que City of Hope se ha asociado con un servicio de copia para proporcionarle a los pacientes y a sus representantes la reproducción y la entrega de copias de la historia clínica, ya sea en papel o en formato digital.

***PLEASE NOTE:** All written reports will remain at COH as part of my permanent file, including records from external care providers. If I am granted access to the Requested Information, I understand that City of Hope has entered into a partnership with a copy service to provide patients and their representatives with the reproduction and delivery of medical record copies, either on paper or in digital format.*

**PLAZO:** Esta autorización permanecerá en vigencia por un máximo de 12 (doce) meses a partir de la fecha de la firma.

*TERM: This Authorization shall remain in effect for a maximum of twelve (12) months from the date of signature.*

He leído y comprendido los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Mediante mi firma que figura a continuación, por el presente, de forma consciente y voluntaria, autorizo a COH a utilizar o divulgar mi información de salud como se describe anteriormente.

*I have read and understand the terms of this Authorization and I have had an opportunity to ask questions about the use and disclosure of my health information. By my signature below I hereby, knowingly and voluntarily, authorize COH to use or disclose my health information in the manner described above.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (o representante personal) en letra de molde**  
*Printed Name of Patient (or Personal Representative)*

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o representante personal)**  
*Signature of Patient (or Personal Representative)*

\_\_\_\_\_  
**Fecha**  
*Date*

\_\_\_\_\_  
**Hora**  
*Time*

Si el paciente es menor de edad o de otro modo no puede firmar esta autorización, indique la relación del representante personal con el paciente:

*If the patient is a minor or is otherwise unable to sign this Authorization, please indicate the relationship of the Personal Representative to the Patient:*

- Padre/madre     Tutor     Persona responsable     Apoderado  
*Parent                      Guardian                      Conservator                      Agent*

Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
*Other, specify:*

**Identidad del representante personal verificada mediante**  
*Identity of Personal Representative verified via*

- Identificación con foto                       Correspondencia de firma  
*Photo ID    Matching Signature*

Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
*Other, specify:*

**City of Hope**

**Authorization to Use and Disclose Protected Health Information**



**LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES ARE AVAILABLE**

Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 626-256-4673, ext. 62282
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 626-256-4673, ext. 62282
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 626-256-4673, ext. 62282
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 626-256-4673, ext. 62282
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 626-256-4673, ext. 62282 번으로 전화해 주십시오
Armenian	ՈՒՇԱՂԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվալին օգնություններ: Չանգահարեք 626-256-4673, ext. 62282
Persian	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان در اختیارتان قرار دارد. تلفن تماس: 626-256-4674، تلفن داخلی: 62282
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 626-256-4673, ext. 62282
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます626-256-4673, ext. 62282
Arabic	، داخلي 62282. 626-256-4674. إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية تحت تصرفك. يرجى الاتصال بالرقم
Panjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 626-256-4673, ext. 62282
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អិតគឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 626-256-4673, ext. 62282
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 626-256-4673, ext. 62282
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 626-256-4673, ext. 62282
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 626-256-4673, ext. 62282

<p><b>City of Hope</b></p> <p><b>LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES</b></p>	
---	--