

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

Divulgación n.º (para uso del personal):

Nombre del paciente: (Apellido): \_\_\_\_\_  
(Primer nombre): \_\_\_\_\_  
(Segundo nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de preferencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Móvil  Casa  Trabajo  Otro  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Propósito - Deseo:** (Marque todo lo que corresponda):  
 Solicitar una copia de mi historia clínica para mi proveedor de atención  
 Solicitar mi historia clínica para uso personal  
 Autorizar a COH a divulgar mi historia clínica/información de salud al/a los individuo(s) indicado(s) en la página 2\*  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**Información a ser divulgada**

Especifique dónde recibió los servicios: (Ubicación del centro, p. ej., California, Illinois, Arizona, Georgia) \_\_\_\_\_  
 Hospitalización  Ambulatorio Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_  
 Documentos pertinentes (Examen de salud y físico, consulta, notas clínicas, informe quirúrgico, resumen del alta, radiooncología, quimioterapia y resultados de pruebas)  
 Laboratorio  Patología  Diapositivas de patología  Radiología  Imágenes radiológicas  
 Cardiología  Información de análisis genéticos  Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Proporcione los registros solicitados en el siguiente formato:**

Copia en papel  CD  Memoria USB  Bloques FFPE  Portaobjetos con tinción de hematoxilina y eosina

**Método de entrega:**  Correo  Fax  Correo electrónico seguro

**Se necesita antes de la fecha:** \_\_\_\_\_

**City of Hope**

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

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

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

**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:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> _____ Prueba o tratamiento de VIH/SIDA (incluso el dato de que e solicitó, realizó o reportó una prueba de VIH, independientemente de si el resultado de esas pruebas fueron positivos o negativos) | <input type="checkbox"/> _____ Tratamiento por enfermedad mental o trastorno del desarrollo     |
|  | <input type="checkbox"/> _____ Tratamiento por abuso de sustancias (es decir, drogas o alcohol) |
|  | <input type="checkbox"/> _____ Pruebas e información genética                                   |

**Si se encuentra en IL o GA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> _____ Infertilidad/procedimiento de fertilización in vitro/inseminación artificial | <input type="checkbox"/> _____ Agresión sexual                     |
| <input type="checkbox"/> _____ Abuso y negligencia infantil   | <input type="checkbox"/> _____ Abuso de un adulto con discapacidad |

**\*OBTENGA INFORMACIÓN DE O DIVULGUE MI INFORMACIÓN A:  
\*PLEASE OBTAIN INFORMATION FROM, OR RELEASE MY INFORMATION TO:**

<input type="checkbox"/> Obtener de:	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
	Dirección/ciudad/código postal: _____
<input type="checkbox"/> Divulgar a:	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
	Correo electrónico: _____

<input type="checkbox"/> Obtener de:	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
	Dirección/ciudad/código postal: _____
<input type="checkbox"/> Divulgar a:	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
	Correo electrónico: _____

<input type="checkbox"/> Obtener de:	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
	Dirección/ciudad/código postal: _____
<input type="checkbox"/> Divulgar a:	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
	Correo electrónico: _____

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

**\*OBTENGA INFORMACIÓN DE O DIVULGUE MI INFORMACIÓN A:  
\*PLEASE OBTAIN INFORMATION FROM, OR RELEASE MY INFORMATION TO:**

Obtener de:	<input type="checkbox"/>	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
		Dirección/ciudad/código postal: _____
Divulgar a:	<input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
		Correo electrónico: _____

Obtener de:	<input type="checkbox"/>	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
		Dirección/ciudad/código postal: _____
Divulgar a:	<input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
		Correo electrónico: _____

Obtener de:	<input type="checkbox"/>	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
		Dirección/ciudad/código postal: _____
Divulgar a:	<input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
		Correo electrónico: _____

Obtener de:	<input type="checkbox"/>	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
		Dirección/ciudad/código postal: _____
Divulgar a:	<input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
		Correo electrónico: _____

Obtener de:	<input type="checkbox"/>	Nombre del hospital/clínica/persona: _____
		Dirección/ciudad/código postal: _____
Divulgar a:	<input type="checkbox"/>	Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
		Correo electrónico: _____

**City of Hope**

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

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

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

**Esta autorización es válida para la divulgación de información durante las fechas indicadas en la solicitud.**

- Comprendo que COH no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios si firmo o no esta autorización.
- Comprendo que el uso o la divulgación de mi información de salud es voluntaria, excepto de conformidad con las leyes federales o estatales y cualquier requisito obligatorio de presentación de informes.
- Comprendo que, una vez que se divulgue mi información de salud, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por leyes o reglamentos de privacidad federales o estatales.
- Comprendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información divulgada.
- Comprendo que esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha firmada en este formulario. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al Departamento de Manejo de Información de Salud; la revocación no se aplicará a ninguna información ya divulgada.
- Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario de autorización.

**Dirija su solicitud a:**

**COH - California**

**Correo electrónico:** [himsroi@coh.org](mailto:himsroi@coh.org)

**Fax:** (847) 746-6791, a la atención de: Servicios de gestión de información de salud (ROI)

**Correo postal:** Servicios de gestión de información de salud (ROI)

City of Hope  
1500 East Duarte Road  
Duarte, CA 91010

**COH - Centros de atención ambulatoria y hospitales de Chicago, Atlanta, Phoenix**

**Correo electrónico:** [himsroi2@coh.org](mailto:himsroi2@coh.org)

**Fax:** (847) 746-6791, a la atención de: Servicios de gestión de información de salud (ROI)

**Correo postal:** Servicios de gestión de información de salud (ROI)

City of Hope  
2520 Elisha Ave  
Zion, IL 60099

**City of Hope**

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

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

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

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

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>Nombre del paciente (o representante personal) en letra de molde</i>	<i>Firma del paciente (o representante personal)</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>

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

Apoderado  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**Identidad del representante personal verificada mediante**  **Identificación con foto**  
 **Correspondencia de firma**  **Otro, especifique:** \_\_\_\_\_

**City of Hope**

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

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN \_\_\_\_\_

Patient Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

**LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES ARE AVAILABLE**

Amharic	ያስተውሉ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለአርሰዎ የሚሆን ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት አለዎት። በ626-256-4674 ይደውሉ፣ ኤክስቴንሽን 62282
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية إذا أردت ذلك. اتصل على 626-256-4674، الرقم الداخلي 62282
Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա Ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարե՛ք 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，分機 62282
French	ATTENTION : si vous parlez français, des services d'aide linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez au 626-256-4674, poste 62282
French Creole	ATANSYON: Si w pale Fransè Kreyòl (Kreyòl Ayisyen), w ap jwenn sèvis asistans lengwistik gratis. Rele nan 626-256-4674, ekst. 62282
German	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen Sie 626-256-4674, Durchw. 62282 an.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: αν μιλάτε Ελληνικά, έχετε στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε το 626-256-4674, εσωτ. γραμμή 62282
Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો: ૬૨૬-૨૫૬-૪૬૭૪, એક્સટેન્શન. ૬૨૨૮૨
Hindi	कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो भाषा सहायता सेवा आपके लिए मुफ्त में उपलब्ध है। सेवा के लिए 626-256-4673, विस्तार 62282 पर फोन करें
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
Italian	ATTENZIONE: se parli italiano, hai a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiama il 626-256-4674, int. 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、内線：62282）。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 626-256-4673, ext. 62282 번으로 전화해 주십시오
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានផ្តល់ជូនសម្រាប់អ្នក។ សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 626-256-4673, ext. 62282
Navajo	Da' íisinolts'áá': Diné Bizaad bee yánłti'go, t'áájí k'eh nika' adoolwołígíí hóló. Kwíjį' hwidíłnih, 626-256-4674, ext. 62282
Panjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫ਼ੈਸਲੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਕਾਲ ਕਰੋ: 626-256-4673, ਐਕਸਟੈਂਸ਼ਨ 62282
Persian	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در اختیارتان قرار دارد. تلفن تماس: 626-256-4673، تلفن داخلی: 62282

<p><b>City of Hope</b></p> <p><b>LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES</b></p>	<p>AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE</p> <p>MRN _____</p> <p>Patient Name _____</p> <p>Date of Birth _____</p>		
Form No. 15022	Reviewed: 04/23	Revised: 04/23	Page 1 of 2

