

- Alhambra Health Center | 330 S. Garfield Ave. Suite 300, Alhambra, CA 91801
- Baldwin Park Health Center | 4070 Sterling Way, Baldwin Park, CA 91706
- Glendora Health Center | 130 W. Rt. 66. Suite 100, Glendora, CA 91740
- Highland Park Health Center | 5903 N. Figueroa St. Highland Park, CA 90042
- Pasadena Health Center | 1045 N. Lake Ave. Pasadena, CA 91104

1	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
	Dirección:	Número de teléfono:

Solicitud de paciente

2	<p>POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO SOLICITO ACCESO <input type="checkbox"/> para revisar <input type="checkbox"/> obtener una copia (elija la caja que corresponda) de mi información medica actualmente poseída por Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley. Solicito que la información se otorgue en el formato siguiente (elija una de las opciones en el recuadro 3)</p>
----------	--

3	<p><input type="checkbox"/> Copia impresa en papel (Elija una):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Enviar por fax a: _____ <input type="checkbox"/> Enviar por correo <input type="checkbox"/> Dirección de primera caja <input type="checkbox"/> Para la dirección abajo
----------	---

3	Nombre:	Dirección:
----------	---------	------------

3	<p><input type="checkbox"/> Copias Electrónicas (disponible solamente para la información actualmente conservada en formato electrónico).</p> <p><input type="checkbox"/> Enviado a mi por correo electrónico a la dirección siguiente: _____</p> <p><i>SI DESEA QUE SU INFORMACIÓN MEDICA SEA ENVIADA POR CORREO ELECTRÓNICO, POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE ACERCA DE LOS RIESGOS DEL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO.</i></p>
----------	---

Solicitud para la continuidad del cuidado médico

4	<p><input type="checkbox"/> POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO AUTORIZO QUE Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley otorgue mi información de salud a (Oficina medica nombrada abajo)</p> <p><input type="checkbox"/> POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO AUTORIZO QUE (Oficina medica nombrada abajo) entregue mi información médica a Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por correo a: Care Team, 1037 N Lake Ave Pasadena, CA 91104 <input type="checkbox"/> Por fax a: (626) 798-2919 <input type="checkbox"/> Otro número de fax: _____
----------	---

4	Nombre del médico/Oficina medica:	Número de teléfono:
----------	-----------------------------------	---------------------

	Dirección:	Número de fax:
5	<p>INFORMACIÓN MÉDICA QUE SERÁ OTORGADA Yo específicamente autorizo el intercambio de la información siguiente con este intervalo de fechas: de _____ a _____</p> <p><input type="checkbox"/> Resultado del Papanicolau solamente</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los resultados del laboratorio (excluye el resultado del VIH)</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de visita (Incluye el examen físico)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Excluye abuso de sustancias</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Excluye las notas de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Historial médico (Incluye el historial del abuso de sustancias y salud mental)</p> <p><input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH (información relacionada con las pruebas del SIDA)</p> <p><input type="checkbox"/> Historial médico completo (Incluye la información relacionada con pruebas del VIH, historial del abuso de sustancias y salud mental)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registros del centro de salud al cual puedo ser transferida/o (Para pacientes que serán trasladados o referidos a otro centro de salud solamente)</p>	

CONDICIONES PARA LA AUTORIZACIÓN

1. **RIESGOS DEL USO DEL CORREO ELECTRÓNICO** para recibir sus registros médicos: Es posible que el correo electrónico no sea confiable, seguro o privado. Por ejemplo:
 - El correo electrónico podría ser accesible a personas no autorizadas (“Hackeado”/pirateado y así interceptado, alterado o usado).
 - El correo electrónico podría perderse, ser enviado a la persona incorrecta o ser sujeto a otros errores de envío.
 - El correo electrónico podría provenir de otra fuente distinta al remitente nombrado.
 - El correo electrónico podría ser falsificado con más facilidad que los documentos escritos o firmados a mano.
 - Cualquier persona con acceso a una cuenta de correo electrónico tendrá acceso a todos los mensajes de esa cuenta. Esto incluye tanto aquellos que tienen permiso de uso como a los que no tienen permiso de uso.
 - Cualquier persona que tenga u obtenga acceso a una cuenta de correo electrónico puede leer, mandar, copiar, borrar o cambiar cualquier mensaje. Esto incluye tanto aquellos que tienen permiso de uso como a los que no tienen permiso de uso.
 - Cualquier mensaje de correo electrónico borrado podría ser recuperado.
 - Los administradores del servicio del correo electrónico tienen el derecho de guardar y revisar todo el correo electrónico transmitido por el sistema.
 - El correo electrónico puede transmitir varios virus.
 - No reciba su información médica por correo electrónico si alguna/s persona/s tiene/n acceso a su cuenta de correo y no quiere que esta/s persona/s tenga/n acceso a su información médica.
2. **ESTA SOLICITUD ESTA RESTRINGIDA POR LA LEY.** Esta solicitud para el acceso a revisar u obtener una copia de la información médica está sujeta a todas las limitaciones descritas en el código 45 C.F.R. 164.524, excepto cuando lo prohíbe la ley de California.
3. **ESTA SOLICITUD ESTA AUN MÁS RESTRINGIDA.** No existen derechos a la solicitud de acceso para revisar u obtener copias de a) notas de psicoterapia b) Información recopilada en anticipación de o para uso en acciones o procedimientos civiles, criminales o administrativos o c) Información sujeta al Clinical Laboratory Improvements Amendments of 1988 (42 U.S.C. 263a o en algunas de las excepciones encontradas en 42 C.F.R. 493.3(a) (2)).
4. **TIEMPO DE DEMORA PARA RECIBIR UNA RESPUESTA.** Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley (PPPSGV) tiene hasta cinco días (5)después de recibir esta solicitud para responder a la petición para revisar y quince (15) días después de recibir la solicitud para tomar acción en una petición de copias de la información médica protegida.

5. **PROVISIÓN DEL ACCESO SOLICITADO.** PPPSGV tiene obligación de proveer acceso solamente si la información está disponible y es fácil de reproducir en un formato legible. PPPSGV no tiene obligación de cambiar la información a un formato que sea conveniente para el/la solicitante.
6. **FECHA Y MODO DE ACCESO.** Si el acceso a revisar es otorgado, se hará un acuerdo para llevar a cabo la revisión en un horario y lugar conveniente. Si se otorga el acceso a una copia, la información será otorgada al solicitante. PPPSGV puede limitar el formato y otros aspectos de la información incluyendo la limitación de la información misma cuando sea necesario para facilitar el acceso oportuno.
7. **COPIAS ELECTRÓNICAS.** Si su información medica actualmente se conserva electrónicamente, puede solicitar una copia electrónica. Usted recibirá la información en el formato que solicita (por ejemplo PDF/archivo de Word) si la información es fácil de reproducir en ese formato. Si la información no esta disponible en el formato solicitado, es posible que pueda recibir la información en otro formato electrónico. En el caso que no pudiéramos reproducir la información en un formato electrónico que usted solicite, recibirá la información en copias de papel. Si usted lo solicita, otorgaremos la información por medio de correo electrónico, pero este medio podría no ser seguro para transmitir su información.
8. **CARGOS.** Cuando se solicite una copia de la información, PPPSGV puede imponer un cargo razonable. Esto incluye el costo a) de copiar, el costo de los materiales (los cuales incluyen los costos de los materiales electrónicos portátiles como los discos CD para las copias electrónicas) y los costos laborales que resulten al copiar la información solicitada b) Costos de envío por correo si la información es enviada por correo y c) La preparación de una explicación del resumen de la información medica (si fue un acuerdo)
9. **DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACCESO.** Si la solicitud para el acceso es denegada en parte o su totalidad, una explicación será otorgada que contiene a) una explicación del porque se niega la solicitud b) Una declaración de derechos, si corresponde y c) Una descripción de como presentar una queja a PPPSGV o a la secretaria de los servicios de salud humanos (Secretary of Health and Human Services "HHS").
10. **NO EXISTEN DERECHOS PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA/RECONSIDERACIÓN EN CASOS DE DENEGACIÓN.** No existen derechos para solicitar una reconsideración en el caso de que PPPSGV deniegue una solicitud para el acceso a: a) cualquier información descrita previamente en la sección número nueve b) Si PPPSGV creo la información actuando bajo el mando o dirección de una institución correccional. c) La información es parte de una investigación que actualmente esta en progreso y la denegación al acceso de información fue parte del proceso de consentimiento para participar en la investigación; o d) La información fue obtenida bajo promesa de confidencialidad y el otorgar la información delataría la fuente de la información.
11. **DERECHO A SOLICITAR UNA RECONSIDERACIÓN DESPUÉS DE UNA DENEGACIÓN.** En el caso de una denegación al acceso, existe un derecho a solicitar una reconsideración que será otorgada por un medico profesional autorizado elegido/designado por PPPSGV bajo las siguientes circunstancias: a) La denegación original otorgada por un medico profesional fue basada en una determinación que el acceso a la información medica podría poner en peligro la vida o seguridad personal del solicitante o alguna otra persona o b) La denegación original otorgada por un medico profesional fue basada en una determinación que el acceso a la información podría causar gran daño al solicitante o alguna otra persona.
12. **VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN.** Este formulario será válido por un año desde la fecha y firma original de este documento excepto cuando se indique lo contrario: _____.
13. **REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al notificar a PPPSGV por escrito. Esta notificación será efectiva el día que la notificación sea recibida excepto cuando PPPSGV ya haya actuado de acuerdo con la Autorización previa.
14. **USO LIMITADO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD.** Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta autorización no será utilizada o divulgada por el destinatario excepto cuando yo haya dado otra autorización o dicho uso o revelación sea requerido o permitido por ley.
15. **IMPACTO EN LOS SERVICIOS PRESTADOS.** El permitir que mi información sea otorgada no afectara mi cuidado médico o el pago de mis servicios.
16. **COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.** Tengo el derecho de recibir una copia firmada de esta autorización al momento de solicitarla.

Si usted solicita que su información sea enviada a usted o alguna otra persona por correo electrónico, usted toma conocimiento nuevamente y acepta los riesgos de transmitir y recibir la información por correo electrónico, así como esta descrito en la sección numero uno. Incluso, esta de acuerdo en exonerar de toda culpa o responsabilidad a PPPSGV de cualquier consecuencia que podría resultar al usar el correo electrónico para comunicarse con usted o cualquier otra persona designada por usted para recibir correo electrónico con su información medica. Esto incluye pero no se limita a las violaciones de confidencialidad y privacidad que resulten al usar el correo electrónico (excepto cuando lo requiere la ley).

6	Firma de paciente O Firma de representante (si lo require la ley estatal): _____ Fecha: _____
7	<p style="text-align: center;"><i>Office Use only</i></p> <i>Form of ID Presented:</i> _____ Identity Verified By: _____