



Dear Parents and/or Guardians,

The Cedars-Sinai COACH for Kids program will visit **Crete Academy on May 6th, 2019** and provide important immunizations **FREE** of charge to those students who are eligible. Please complete and sign the attached pre-consent documents to review your child's immunization records and **return the packet to the school by April 29th**. If immunizations are needed for your child and would like for your child to be provided with vaccines, you are welcome to stop at the mobile clinic on May 6th from 7:30 am to 2:30 p.m. (Lunch 12pm- 1pm).

If you need further information, please feel free to contact us at 1- 888- 926- 2249.
We look forward to helping your child to stay in the best of health!

Sincerely,
The COACH for Kids Team

*****Please bring immunization record *****
(Free PRIZE given to children obtaining services)

Estimados Padres y Tutores Legales:

El Programa COACH for Kids de Cedars-Sinai visitara **Crete Academy el 6 de mayo del 2019**. Estaremos ofreciendo las vacunas importantes **GRATIS** para los estudiantes quienes sean elegibles. Favor de completar y firmar los documentos del pre-consentimiento para revisar el registro de vacunas de su hijo/a, **regresar el paquete ala escuela antes del día 29 de abril**. Si su hijo/a necesita vacunas y desea que sean proporcionadas, usted es bienvenido a nuestra clínica mobile el día 6 de mayo de 7:30am a 2:30 p.m. (Lunch 12pm – 1pm)

Si necesita más información puede comunicarse con nosotros al 1-888-926-2249.
¡Esperamos poder ayudar a su hijo a mantenerse en la mejor salud!

Atentamente,
El Equipo de COACH for Kids

*****Por favor traiga la tarjeta de vacunas *****
(Se les dará un PREMIO a los niños que obtengan servicio)



Office Use Only:

Date: _____

Site: _____

Patient Demographic Form

Patient's Name : _____

DOB: _____ Age: _____ Gender: Female _____ Male _____

Address: _____

City: _____ Zip Code _____ Phone # _____

Emergency or alternative telephone number # _____

Race:

- _____ Asian
- _____ Black or African - American
- _____ American Indian/ Alaska Native
- _____ Native Hawaiian or Pacific Islander
- _____ White
- _____ More than one race
- _____ Race not reported/ Refused to report/unknown

Ethnicity:

- _____ Hispanic or Latino
- _____ Not Hispanic or Latino
- _____ Refuse to Report

Insurance Status:

- _____ Medi-cal
- _____ Private
- _____ Uninsured
- _____ Other : _____

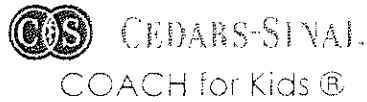
Primary Language:

- _____ English
- _____ Spanish
- _____ Other: _____

Last Physical : _____

Parent/ Guardian Name: _____

PLEASE FILL OUT COMPLETELY



Office Use Only:

Date: _____

Site: _____

Forma Demográfica del Paciente

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal _____ # de Teléfono _____

Número de teléfono de emergencia o alternativo _____

Raza:

- _____ Asiático
- _____ Negro o Afroamericano
- _____ Indio Americano o Nativo de Alaska
- _____ Nativo de Hawái o Isla del Pacifico
- _____ Blanco
- _____ Mas de una raza
- _____ No Divulgado/ Se niega a informar/Desconocido

Etnicidad:

- _____ Hispano o Latino
- _____ No Hispano O Latino
- _____ Se niega a informar

Seguro Actual:

- _____ Medi-cal
- _____ Privada
- _____ Sin Seguro
- _____ Otro : _____

Idioma Primario:

- _____ ingles
- _____ español
- _____ Otro: _____

Ultimo Físico: _____

Nombre del Padre/ Madre o Tutor Legal: _____

POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE



CEDARS-SINAI®

PATIENT I.D.

CONSENT FOR MEDICAL AND CASE MANAGEMENT SERVICES

The undersigned or responsible party* consents to and authorizes Medical & Case Management services by the Cedars-Sinai Medical Center COACH for Kids and Their Families Program.

These services may include, but are not limited to, physical examination, laboratory testing, and case management.

The undersigned understands that she / he has the right to:

1. Participate in the selection of evaluation, treatment, and case management services;
2. Be informed of services that can or will be provided;
3. Receive any of the above services without being required to receive other services from the Cedars-Sinai COACH for Kids and Their Families Program.

The undersigned also understands that all the above services are voluntary and that he / she has the right to request a change in service providers or withdraw this consent at any time.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES

El / la que suscribe, o la persona responsable, consiente y autoriza los servicios médicos y sociales otorgados por el programa COACH for Kids and Their Families, del Centro Médico Cedars-Sinai.

Estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a, un examen físico, exámenes de laboratorio y servicios sociales.

El / la que suscribe comprende que el / ella tiene el derecho de:

1. Participar en la selección de la evaluación, tratamiento, y los servicios sociales.
2. Estar informado de los servicios que pueden o serán otorgados;
3. Recibir los servicios sin estar obligados a recibir otros servicios del Centro Médico Cedars-Sinai y el Programa COACH for Kids and Their Families.

El / la que suscribe comprende que los servicios son voluntarios y que el / ella tiene el derecho de pedir un cambio en los proveedores de los servicios, o de terminar con el consentimiento en cualquier momento.

X _____ / _____ _____ _____
 Signature / Print Name of Responsible Party* Date (Fecha) TIME (Hora)
 (Firma / Escriba el nombre de la persona responsable*)

X _____
 Relationship to patient (Relación con el paciente)

X _____ / _____ _____ _____
 Witness Signature / Print Name Date (Fecha) TIME (Hora)
 (Firma del Testigo / Escriba el nombre)

*Responsible Party = Self, Parent / Guardian or Conservator (when required).
 (*Persona responsable: uno mismo, padre / guardian)

Signatory was given or refused a copy of this consent on _____ By _____
Initial



CEDARS-SINAI®

PATIENT I.D.

CONSENT FOR MEDICAL AND CASE MANAGEMENT SERVICES

The undersigned or responsible party* consents to and authorizes Medical & Case Management services by the Cedars-Sinai Medical Center COACH for Kids and Their Families Program.

These services may include, but are not limited to, physical examination, laboratory testing, and case management.

The undersigned understands that she / he has the right to:

1. Participate in the selection of evaluation, treatment, and case management services;
2. Be informed of services that can or will be provided;
3. Receive any of the above services without being required to receive other services from the Cedars-Sinai COACH for Kids and Their Families Program.

The undersigned also understands that all the above services are voluntary and that he / she has the right to request a change in service providers or withdraw this consent at any time.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS Y SOCIALES

El / la que suscribe, o la persona responsable, consiente y autoriza los servicios médicos y sociales otorgados por el programa COACH for Kids and Their Families, del Centro Médico Cedars-Sinai.

Estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a, un examen físico, exámenes de laboratorio y servicios sociales.

El / la que suscribe comprende que el / ella tiene el derecho de:

1. Participar en la selección de la evaluación, tratamiento, y los servicios sociales.
2. Estar informado de los servicios que pueden o serán otorgados;
3. Recibir los servicios sin estar obligados a recibir otros servicios del Centro Médico Cedars-Sinai y el Programa COACH for Kids and Their Families.

El / la que suscribe comprende que los servicios son voluntarios y que el / ella tiene el derecho de pedir un cambio en los proveedores de los servicios, o de terminar con el consentimiento en cualquier momento.

X _____ / _____
Signature / Print Name of Responsible Party* Date (Fecha) TIME (Hora)
(Firma / Escriba el nombre de la persona responsable*)

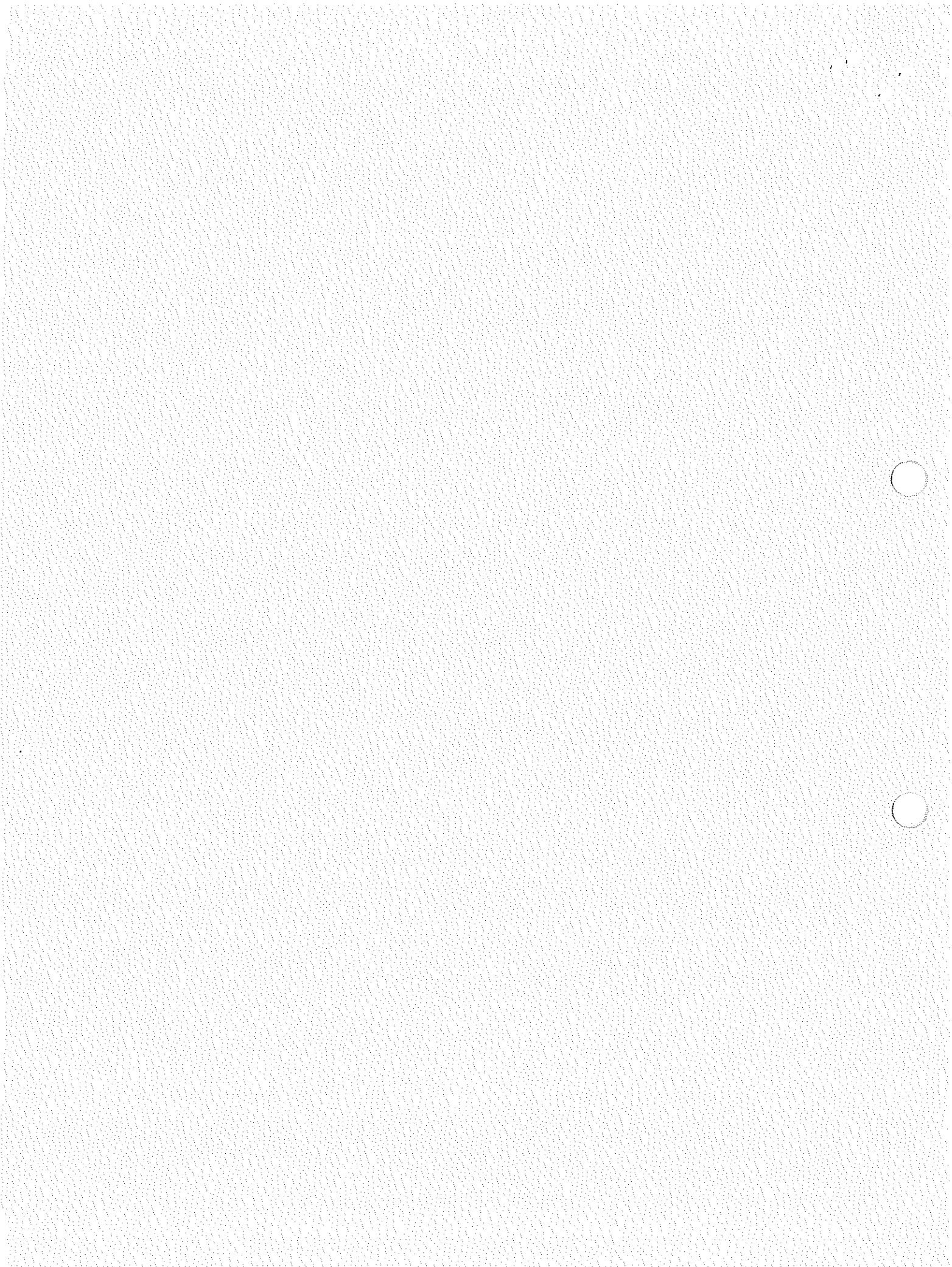
X _____
Relationship to patient (Relación con el paciente)

X _____ / _____
Witness Signature / Print Name Date (Fecha) TIME (Hora)
(Firma del Testigo / Escriba el nombre)

*Responsible Party = Self, Parent / Guardian or Conservator (when required).

(*Persona responsable: uno mismo, padre / guardian)

Signatory was given or refused a copy of this consent on _____ By _____
Initial





CEDARS-SINAI

PATIENT I.D.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER AND CEDARS-SINAI MEDICAL CARE FOUNDATION

By signing this form, you acknowledge receipt of our Joint Notice of Privacy Practices. The Notice of Privacy Practices tells you how we may use and disclose your protected health information.

We reserve the right to change our Notice of Privacy Practices from time to time. If we change our Notice, you may obtain a copy of the revised Notice by accessing our website at www.cedars-sinai.edu or contacting us as indicated below. We will keep a copy of the current Notice posted in our facilities and offices. If you have questions, please contact the Medical Center or Foundation as applicable as follows:

CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER
Privacy Manager
Corporate Compliance Department
8700 Beverly Blvd
Los Angeles, CA 90048
(323) 866-7877

CEDARS-SINAI MEDICAL CARE FOUNDATION
Privacy Officer
8501 Wilshire Blvd, Suite 244
Beverly Hills, CA 90211
(310) 385-3425

I hereby acknowledge that I have received a copy of the Cedars-Sinai Joint Notice of Privacy Practices and that I am authorized to attest to this as the individual or legal representative (*parent / permanent legal guardian / conservator*) by my signature recorded electronically on the signature notepad.

Signed

Date

Time

Print Name

Signed by other than Patient

Relationship

Legal Representative (*Print Name*)



CEDARS-SINAI®

PATIENT I.D.

If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

Signature of Cedars-Sinai Representative

Date

Time

Title of Cedars-Sinai Representative



CEDARS-SINAI

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF
JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF
CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER AND
CEDARS-SINAI MEDICAL CARE FOUNDATION**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE USOS
DE PRIVACIDAD DEL CENTRO MÉDICO CEDARS-SINAI Y
LA FUNDACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA CEDARS-SINAI**

Mediante su firma de este formulario, usted acusa recibo de nuestra notificación conjunta de usos de privacidad (Joint Notice of Privacy Practices). La notificación de usos de privacidad le indica cómo podemos usar y divulgar su información protegida de la salud.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra notificación de usos de privacidad de tanto en tanto. Si cambiamos nuestra notificación, usted puede obtener una copia de la notificación modificada ingresando a nuestro sitio web ubicado en www.cedars-sinai.edu o comunicándose con nosotros del modo indicado abajo. Mantendremos una copia de la notificación actual colocada a la vista en nuestras instalaciones y oficinas. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con el Centro Médico o la Fundación, según necesite, del siguiente modo:

CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER

Privacy Manager (Gerente de privacidad)
Corporate Compliance Department
8700 Beverly Blvd
Los Angeles, CA 90048
(323) 866-7877

CEDARS-SINAI MEDICAL CARE FOUNDATION

Privacy Officer (Encargado de privacidad)
8501 Wilshire Blvd, Suite 244
Beverly Hills, CA 90211
(310) 385-3425

Mediante el presente reconozco haber recibido una copia de la notificación conjunta de usos de privacidad de Cedars-Sinai y declaro que estoy autorizado a dar fe de esto en mi calidad de individuo o representante legal (*padre / tutor legal permanente /guardián*) mediante mi firma que se registra electrónicamente en el dispositivo para firmar.

Firma

Fecha

Hora

Nombre en letra de molde

Firmado por una persona que no es el paciente

Relación

Representante legal (*nombre en letra de molde*)



CEDARS-SINAI.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Si no es posible obtener el acuse de recibo del paciente, describa los intentos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo del individuo y las razones por las cuales no se obtuvo el acuse de recibo:

Firma del representante de Cedars-Sinai

Fecha

Hora

Título del representante de Cedars-Sinai

Screening Checklist for Contraindications to Vaccines for Children and Teens

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____
month / day / year

For parents/guardians: The following questions will help us determine which vaccines your child may be given today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean your child should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your healthcare provider to explain it.

	yes	no	don't know
1. Is the child sick today?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the child have allergies to medications, food, a vaccine component, or latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the child had a health problem with lung, heart, kidney or metabolic disease (e.g., diabetes), asthma, or a blood disorder? Is he/she on long-term aspirin therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If the child to be vaccinated is 2 through 4 years of age, has a healthcare provider told you that the child had wheezing or asthma in the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. If your child is a baby, have you ever been told he or she has had intussusception?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Has the child, a sibling, or a parent had a seizure; has the child had brain or other nervous system problems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Does the child have cancer, leukemia, HIV/AIDS, or any other immune system problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In the past 3 months, has the child taken medications that affect the immune system such as prednisone, other steroids, or anticancer drugs; drugs for the treatment of rheumatoid arthritis, Crohn's disease, or psoriasis; or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. In the past year, has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin or an antiviral drug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is the child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Has the child received vaccinations in the past 4 weeks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORM COMPLETED BY _____ DATE _____

FORM REVIEWED BY _____ DATE _____

Did you bring your immunization record card with you? yes no

It is important to have a personal record of your child's vaccinations. If you don't have one, ask the child's healthcare provider to give you one with all your child's vaccinations on it. Keep it in a safe place and bring it with you every time you seek medical care for your child. Your child will need this document to enter day care or school, for employment, or for international travel.



Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
mes / día / año

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	sí	no	no sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿En los últimos 3 meses el niño ha tomado medicamentos que afecten el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la psoriasis; o tuvo tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULARIO LLENADO POR _____

FECHA _____

FORMULARIO REVISADO POR _____

FECHA _____

¿Trajo su comprobante de vacunación hoy? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévele todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.

Delivery Instructions	<input type="checkbox"/> Mail records directly to person or organization specified <input type="checkbox"/> Call Requestor when records are ready for pick up I authorize _____ to pick up my medical record copies. Relationship to patient: _____ <input type="checkbox"/> E-mail: _____ <input type="checkbox"/> Other: _____
Notice of Rights	I understand that: <ol style="list-style-type: none"> If I refuse to sign this authorization my refusal will not affect my ability to obtain treatment. I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of. I may revoke this authorization at any time in writing, <u>signed by me or on my behalf and delivered to Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048.</u> If I revoke this authorization, the revocation will not have any effect on any actions taken prior to receiving the revocation. I have a right to receive a copy of this authorization. Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA). However, California law prohibits the person receiving my health information from making further disclosure of it unless another authorization for such disclosure is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law. If this <input type="checkbox"/> is checked, the Requestor will receive compensation for the use or disclosure of my information.
Expiration	Without my written revocation, this authorization will automatically expire upon satisfaction of the need for disclosure, but in any event will expire 180 days from the date hereof, unless otherwise specified: _____
Signature	Signature: _____ (Patient or Legal Representative) Date: _____ Legal Representative Relationship: _____

Health Information Management Department
8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048
Email: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org
Fax: 310-423-0113



CEDARS-SINAI

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Si no se provee toda la información, es posible que esta autorización quede invalidada.

Autorización para: Hacer copias del historial médico en papel electrónicamente de otro modo
 Inspeccionar o revisar el historial médico

Información del paciente	Nombre del paciente: _____ MRN: _____ (Apellido) (Nombre) Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
Divulgar a Solicitar a	Autorizo a Cedars-Sinai a divulgar/solicitar historiales médicos a: Divulgar a: <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar a: <input type="checkbox"/> Persona/organización: <u>Crete Academy</u> Dirección: <u>6103 Crenshaw Blvd</u> Ciudad/estado/código postal <u>Los Angeles 90043</u> Teléfono <u>323-791-1600</u> Fax _____	Propósito Para lo siguiente: <input type="checkbox"/> Continuar atención <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Uso personal <input checked="" type="checkbox"/> Otro <u>Registro de Vacunas</u>
Información a divulgar	Fechas de tratamiento: _____ <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Registro de emergencias <input type="checkbox"/> Informe operativo <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Informe de radiología <input type="checkbox"/> Informe de consulta <input type="checkbox"/> Rayos X/CD de imágenes <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____ <input type="checkbox"/> Registro de paciente ambulatorio/clínica – Nombre de la clínica/del proveedor: _____ Las leyes estatales/federales exigen una autorización específica para divulgar estos tipos de información: <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Resultados de prueba de VIH <input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción Se requiere una autorización separada para notas de psicoterapia.	Tarifas En virtud de los artículos 1560-1567 del Código de Evidencia de California, se puede cobrar por hacer copias del historial médico.



Instrucciones de envío	<input type="checkbox"/> Envíe por correo el historial directamente a la persona u organización indicadas. <input type="checkbox"/> Llame al solicitante cuando el historial esté listo para que lo pasen a buscar. Autorizo a _____ a buscar las copias de mi historial médico. Relación con el paciente: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Notificación de derechos	Tengo entendido que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Si me niego a firmar esta autorización, mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento. 2. Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me está solicitando utilizar o divulgar. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento entregando un documento escrito, <u>firmado por mí o en nombre mío</u> a Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Ángeles, CA 90048. 4. Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación. 5. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. 6. La información divulgada de forma acorde a esta autorización puede ser nuevamente divulgada por el destinatario y tal vez ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud la divulgue adicionalmente, a menos que se obtenga autorización mía para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente exigida o permitida por la ley. 7. Si se marca aquí <input type="checkbox"/>, el solicitante recibirá compensación por el uso o la divulgación de mi información.
Vencimiento	Si no la revoco por escrito, esta autorización vencerá automáticamente cuando se satisfaga la necesidad de divulgar la información pero, en todo caso, vencerá 180 días después de la fecha de la firma de este documento, a menos que se especifique algo diferente: _____
Firma	Firma: _____ <i>(Paciente o representante legal)</i> Fecha: _____ Relación con el representante legal: _____