



*Sylvana M. Hidalgo, MD, FAAP*

**PEDIATRIC  
CARDIOLOGY  
DIAGNOSTIC  
CENTER**

*Hollywood Presbyterian Hospital  
Doctors Tower  
1300 North Vermont, Suite 402  
Los Angeles, California 90027*

*shidalgomd@pedscardiola.com  
TELEPHONE: (323) 953-9926  
FAX: (323) 953-9352*

## **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

### **ATENCIÓN: EXPEDIENTES MÉDICOS**

#### **Información del Paciente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito que **Pediatric Cardiology Diagnostic Center** me proporcione los expedientes médicos de mi hijo(a).

#### **Divulgar a:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono/Fax/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- Mis expedientes pueden contener información confidencial (por ejemplo, enfermedades transmisibles, salud reproductiva, estado de VIH/SIDA, salud mental, uso de sustancias) y autorizo su divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor ya haya actuado en base a la misma.
- La información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la ley HIPAA.

#### **Firma del Paciente o del Representante Autorizado:**

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (si no es el paciente): \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_