



DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR DE LA AGENCIA DE SALUD DEL
CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

Nicholas Drews, *Director de la Agencia de Salud*

Star Graber, PhD. LMFT *Directora de Salud y Bienestar*

Declaración Sobre Una Solicitud De Uso o Revelación De Información Médica Protegida
(PHI)Potencialmente Relacionada Con Atención De Salud Reproductiva

Debe completarse todo el formulario para que la declaración sea válida.

Nombre de las personas o identificación específica de la clase de personas que recibirán la información médica protegida (PHI) solicitada.
Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas de las que está solicitando el uso o la revelación.
Descripción de la información médica protegida (PHI) específica solicitada, incluyendo los nombres de las personas, si es posible, o una descripción de la clase de personas cuya información médica protegida está solicitando.

Certifico que el uso o la revelación de la información médica protegida (PHI) que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Norma de Privacidad HIPAA en el 45 CFR 164.502(a)(5)(iii) debido a uno de los siguientes motivos (marque una casilla):

- El propósito del uso o la revelación de la información médica protegida **no** es investigar ni imponer responsabilidad a ninguna persona por el simple acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva ni identificar a ninguna persona para dichos fines.
- El propósito del uso o la revelación de la información médica protegida **es** investigar o imponer responsabilidad a cualquier persona por el simple acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva, o identificar a cualquier persona para dichos fines, pero la atención de salud reproductiva en cuestión **no fue legal** bajo las circunstancias en las que se proporcionó.

Entiendo que puedo estar sujeto a multas penales según el 42 U.S.C. 1320d-6 si, a sabiendas y en infracción de la HIPAA, obtengo información médica identificable individualmente relacionada con una persona o revelo información médica identificable individualmente a otra persona.

Firma de la persona que solicita la PHI

_____ Fecha _____

Si firmó como representante de la persona que solicita la PHI, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.

Este documento de declaración puede proporcionarse en formato electrónico y firmado electrónicamente por la persona que solicita la información médica protegida cuando la firma electrónica es válida según la ley federal y estatal aplicable.