

**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA**

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH
INFORMATION)

Medical Record Number:	
Patient Name:	
Birth Date:	SSN: (Last Four Digits – Only)

Autorizo a _____ a que divulgue información médica a:
(nombre de la persona o institución que posee la información)

Nombre de la persona o institución que recibirá la información médica

Especifique el nombre y el título de la persona que recibirá la información médica, si lo conoce

Domicilio, ciudad, estado, código postal

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA A LA CUAL SE SOLICITA LA INFORMACIÓN MÉDICA

<input type="checkbox"/> CENTRO MÉDICO WESTWOOD DE UCLA	<input type="checkbox"/> CENTRO MÉDICO SANTA MONICA DE UCLA
<input type="checkbox"/> CLÍNICA	<input type="checkbox"/> CLÍNICA
<input type="checkbox"/> HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO RESNICK	<input type="checkbox"/> INSTITUTO OFTALMOLÓGICO JULES STEIN
<input type="checkbox"/> INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO SEMEL	
<input type="checkbox"/> CLÍNICA	ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA CLÍNICA
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA	

TIPO DE REGISTROS

<input type="checkbox"/> MÉDICOS	<input type="checkbox"/> SALUD MENTAL (que no sean notas de psicoterapia)
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ

<input type="checkbox"/> Resumen del alta médico	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes del departamento de emergencias
<input type="checkbox"/> Resumen de cuentas	<input type="checkbox"/> Historia odontológica	<input type="checkbox"/> Historia clínica y examen físico
<input type="checkbox"/> Informes de patologías	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> Radiología y otros informes de diagnóstico
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Radiología y otros diagnósticos por imagen (rayos x, etc.)	<input type="checkbox"/> Consultas y evaluaciones
<input type="checkbox"/> Notas de progresos	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Registros clínicos de pacientes ambulatorios
<input type="checkbox"/> Información sobre abuso de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos para el HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Información sobre análisis genéticos
		<input type="checkbox"/> Resultados de tests psicológicos y vocacionales
<input type="checkbox"/> Otros _____		

ESPECIFIQUE LA FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ANTERIORMENTE:

Iniciales del paciente o representante personal: _____

UCLA HEALTHCARE

LA DIVULGACIÓN SE REALIZA (marque una o más opciones)

- A pedido del paciente o su representante
- Por otro motivo (especifique) _____

AVISO

Por ley, UCLA Healthcare y otras organizaciones e individuos, por ejemplo, los médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica. Si usted autorizó la divulgación a alguien que no está obligado por ley a mantenerla como confidencial, puede que dicha información no se encuentre protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

MIS DERECHOS

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para recibir beneficios pueden no estar condicionados a la firma de la presente autorización, salvo que ésta esté destinada a: 1) llevar a cabo tratamientos relacionados con investigaciones, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o afiliación a un plan de salud, 3) determinar la obligación de pago de una reclamación de una entidad, o 4) recabar información médica para entregarla a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y dicha revocación esté dirigida a: Privacy Management Office, UCLA Healthcare, 10833 Le Conte Avenue, CHS BH265, Los Angeles, CA 90095-7305. La revocación tendrá validez cuando UCLA Healthcare la reciba, salvo que UCLA Healthcare u otros ya hayan contado con la misma.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Medical Record Number:
Patient Name:

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

Salvo que se revoque de alguna otra manera, la presente autorización caduca el _____ (especifique fecha o hecho correspondiente). *Si no se indicara fecha alguna, la presente autorización caducará dentro de 12 meses a partir de la fecha en que se firmó.*

FIRMA

(Firma del paciente o su representante legal)

Fecha: _____

Nombre impreso

Hora: _____ a. m./p. m.

Número de teléfono (incluya código de área)

(si la persona que firma no es el paciente, especifique su relación con el paciente o autoridad)

Testigo (sólo si el paciente no puede firmar) o intérprete