

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA
AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

UCLA Health se compromete a proteger la privacidad de nuestros pacientes. Es por eso que debemos obtener su consentimiento por escrito antes de que podamos revelar detalles sobre usted o la atención de su tutelado.

Participante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ Correo electrónico (opcional): _____

Tutor o representante (si corresponde): _____

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

INFORMACIÓN MÉDICA DIVULGADA PUEDE INCLUIR (marque todas las que correspondan):

- Historial del salud Imágenes médicas y/o fotográficas Información sobre el tratamiento
- Diagnóstico Otros: _____

PROPÓSITO DEL PROYECTO (marque todos los que correspondan):

- Material educativo Publicación Medios de difusión Material promocional
- Otros: _____

LA INFORMACIÓN RELATIVA A LA ATENCIÓN SE RECOPIRARÁ DE:

- Empleados de UCLA Health que participaron en el cuidado del paciente
- Otros: _____

LA INFORMACIÓN RELATIVA A LA ATENCIÓN SE REVELARÁ A:

- UCLA Health Medios de comunicación externos
- Otros _____

AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA LIBERACIÓN DE LO SIGUIENTE (si corresponde):

- No corresponde
- Información sobre el tratamiento de la salud mental QUE NO incluye notas de psicoterapia.
- Resultados de la prueba de VIH y/o información sobre el tratamiento del VIH
- Información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y/o sustancias.

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA
AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

LIMITACIONES EN EL USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE (por favor, especifique):

DURACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que: ____ / ____ / ____.

Si no se indica ninguna fecha, esta autorización permanecerá en vigor durante un período de cinco (5) años a partir de la fecha de la firma adjunta.

La ley exige a la UCLA mantener la confidencialidad de la información médica. Si usted ha autorizado la divulgación de información médica a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede estar sujeto a una nueva divulgación.

¿TENGO QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO?

¡Absolutamente no! Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. Negarse a firmar esta autorización no afectará su tratamiento, inscripción en el pago o elegibilidad para los beneficios, ni a usted ni a su pupilo.

¿PUEDO RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN?

¡Sí! Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia firmada de esta autorización.

¿QUÉ PASA SI CAMBIO DE OPINIÓN?

Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:

UCLAHealthNews@mednet.ucla.edu

O

UCLA Health Sciences Media Relations
10960 Wilshire Blvd., Suite 1955
Los Angeles, CA 90025

Debido a que UCLA Health dedica mucho tiempo y cuidado a concebir y desarrollar comunicaciones y publicaciones, le pedimos que escriba a la dirección anterior tan pronto como sea posible después de decidir revocar su autorización.

La revocación será efectiva una vez recibida, excepto en la medida en que UCLA u otros ya hayan confiado en ella. Si los elementos multimedia ya se han compartido, puede que no sea posible recuperarlos.

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA
AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas. Mi firma confirma que entiendo y acepto todas las condiciones anteriores y apruebo la divulgación y el uso de la información de salud por parte de UCLA Health.

Firma del paciente, padre o tutor
(*Signature of patient, parent or conservator*)

Fecha (*Date*)

Hora (*Time*)

Si no está firmado por el paciente, indique la relación o el tutor: _____
(*If not signed by patient, indicate relationship or guardian*)

Nombre del representante de UCLA
(*UCLA Representative Name*)

Firma de representante de UCLA
(*UCLA Representative Signature*)

Fecha (*Date*)

Hora (*Time*)