

MRN: _____
 Patient Name: _____
 (Patient Label)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
 (AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Autorizo a _____ a que divulgue información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) a:
 (nombre de la persona o institución que posee la información)
 Nombre de la persona o institución que **recibirá** el PHI: _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Quisiera: Solicitar una copia IMPRESA - O - Solicitar una copia ELECTRÓNICA (en CD)
INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECÍFICA A LA CUÁL SE LE SOLICITA EL PHI

<input type="checkbox"/> CENTRO MÉDICO RONALD REAGAN UCLA	<input type="checkbox"/> CENTRO MÉDICO SANTA MONICA DE UCLA
<input type="checkbox"/> HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO RESNICK	<input type="checkbox"/> INSTITUTO NEUROPSIQUIÁTRICO SEMEL
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA (Home Health)	<input type="checkbox"/> INSTITUTO OFTALMOLÓGICO JULES STEIN
<input type="checkbox"/> CLÍNICA _____ (Especifique el nombre de la clínica)	

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 | <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes del Departamento de Emergencias |
| <input type="checkbox"/> Estados de cuentas | <input type="checkbox"/> Historia Odontológica | <input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Informes Operativos | <input type="checkbox"/> Radiología y otros Informes Diagnósticos, Consultas y Evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas | <input type="checkbox"/> Radiología y otros diagnósticos por Imagen (rayos x, etc.) | <input type="checkbox"/> Información sobre Análisis Genéticos |
| <input type="checkbox"/> Notas de progresos | <input type="checkbox"/> Registros Clínicos como Paciente Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis Psicológicos y Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Información Sobre Abuso de Drogas y Alcohol | | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis de VIH/SIDA |
| | | <input type="checkbox"/> Información sobre tratamientos para el VIH/SIDA |

Otros _____

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

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

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES (marque una o más)

- Solicitado por el paciente o el representante del paciente
- Otro motivo (explique la razón) _____

Iniciales del Paciente o Representante Legal _____

AVISO

Por ley, UCLA Health y otras organizaciones e individuos, por ejemplo, los médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica protegida. Si usted autorizó la divulgación de ésta a alguien que no está obligado por ley a mantenerla confidencial, puede que dicha información ya 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 no pueden estar condicionados a la firma de la presente autorización, con la excepción de 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 protegida (PHI) 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: Health Information Management Services, UCLA Health, 10833 Le Conte Avenue, CHS BH265, Los Angeles, CA 90095-7305. La revocación tendrá validez cuando UCLA Health la reciba, con excepción a la medida que UCLA Health u otros ya hayan contado con la misma.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque, 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 este formulario.

FIRMA

_____ Fecha: _____ Hora: _____ A.M/P. M.
(Firma del Paciente o su Representante Legal)

_____ Nombre Impreso
_____ Número de Teléfono (Incluya Código de Área)

(Si la persona que firma no es el paciente, especifique su relación con el paciente)

_____ Testigo (sólo si el paciente no puede firmar) o intérprete
_____ Fecha
_____ Hora (A.M. / P.M.)

Nombre del Testigo y o Intérprete