

MRN:

Patient Name:

(Patient Label)

AUTHORIZACIÓN DE RELACIONES COMUNITARIAS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

(Media and Community Relations Authorization)

Autorizo a UCLA Health – Servicio de atención médica UCLA a revelar:
mi información de salud protegida a

(especifique el o los nombres u otra identidad de las personas o clase o grupo de personas, tales como organización de medios de comunicación):

Dirección (si se aplica)

Ciudad, Estado, Código Postal (si se aplica)

Teléfono (si se aplica)

AUTORIZACIÓN Y PROPÓSITO: Doy mi permiso voluntario para que (marque una o ambas):

- El personal del Servicio de atención médica UCLA, los medios de difusión, o los encargados de la difusión de eventos, programas, procedimientos y similares en el Servicio de Atención Médica UCLA me tomen fotografías, me filmen o graben en video y para que dichas imágenes sean usadas por ellos.

- Los datos de salud acerca de mi condición médica o tratamiento sean entregados a los medios de difusión, el personal del Servicio de atención médica UCLA o los representantes de los reportajes o para otras comunicaciones de relaciones públicas (TV, radio, diarios, revistas, sitios de salud en internet, o videos de noticias distribuidos a los medios). Por favor especifique la información de salud que usted autoriza se divulge:
 - o Tipo(s) de información de salud: _____
 - o Fecha(s) de tratamiento: _____

AVISO: El Servicio de atención médica UCLA y varias otras organizaciones y personas tales como médicos, hospitales, planes de salud están obligados por ley a mantener su información confidencial. Si Ud. ha autorizado la entrega de su información médica a quien no esté legalmente obligado a mantenerla confidencial, ésta puede ya no estar protegida por las leyes estatales o federales y es posible que vuelva a divulgarse.

SUS DERECHOS: Esta Autorización para revelar información médica es voluntaria. No es obligatorio que firme esta autorización para recibir tratamiento o para pagar por la atención médica o para enrolarse en un plan médico o para cumplir los requisitos de beneficios.

MRN: _____
Patient Name: _____

(Patient Label)

**AUTHORIZACIÓN DE RELACIONES COMUNITARIAS
Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

(Media and Community Relations Authorization)

La siguiente información no se revelará a menos que Ud. así lo autorice al poner sus iniciales en las líneas relevantes:

- _____ Específicamente autorizo que entregue información relacionada con el abuso de drogas y alcohol, diagnóstico, o tratamiento (42 C.F.R §§ 2.34 and 2.35).
- _____ Específicamente autorizo que divulgue información relativa a los tratamientos o diagnósticos de salud mental (Código de Instituciones y Bienestar §§ 5328 y lo sgte).
- _____ Específicamente autorizo que se revelen los resultados de pruebas de VIH/SIDA (Código de Seguridad y Salud § 120980(g)).
- _____ Específicamente autorizo la divulgación de datos sobre pruebas genéticas (Código de Seguridad y Salud § 124980(j)).

Esta Autorización puede revocarse en cualquier momento. La revocación debe hacerla por escrito, firmarla usted mismo o su representante y enviarla a: UCLA Health Sciences Media Relations, 924 Westwood Blvd, Suite 350, Los Angeles, CA 90095. La revocación entrará en efecto cuando el UCLA Health – Servicio de atención médica la recibir una copia de ésta.

A menos que se revoque, esta Autorización vence el: _____.
Si no se indica fecha, la Autorización expirará 12 meses después de la fecha de su firma de este formulario.

Escribir Nombre en letra de molde

Firma (Paciente, Firma, Guardián)

Fecha

Hora

Relación con Paciente (Padres, Guardián, Tutor, Representante del Paciente)

Testigo (si paciente no puede firmar) o Intérprete

Número de Teléfono

Número de Identificación de Intérprete

Dirección:
