

MRN:		
Patient	Name:	
	(Patient Label)	

Información	
del Paciente	Nombre del Paciente Número de Expediente Medico
	Dirección
	Ciudad, Estado y Código Postal
	Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA):
	Teléfono ( )
Especificar el Centro de	☐ UCLA Health Hospitals/Clinics  Doctor  Clinic
Salud	DoctorClinicClinic
	☐ Resnick Neuropsychiatric Hospital
	☐ Arthur Ashe Student Wellness Center ☐ Counseling & Psychological Services (CAPS)
Instrucciones	□ CD □ E-Mail (Correo Electrónico) □ Copia en Papel
de Entrega	(NPH/BHS no se libera a través de correo electrónico)
	□ Llama el solicitante cuando los registros están listos para recoger
	Nota: Si deja en blanco, un CD se proporcionará.
	Autorizo apara recoger mis expedientes
	médicos.
	Relación con el Paciente:
Registros de Liberación	Autorizo a <u>UCLA Health</u> para liberar el PHI to:
para	Nombre de hospital/clínica/persona para recibir PHI:
¿Dónde	
quieres que se envíen los	Dirección:
registros?	
¿Quién	Ciudad, Estado y Código Postal
quieres que reciba	Teléfono ( ) FAX: ( )
registros?	Correo Electrónico
Propósito	
¿Cuál es el	<ul><li>□ A petición del paciente/representante del paciente</li><li>□ Otro (Razón de estado)</li></ul>
propósito de esta versión?	



MRN: Patient	Name:	
	(Patient Label)	

Información	Tipos de Registros:		
de salud para ser lanzada:	- Registros medicos - Galda Mental (que no scarrinotas de psicoterapi		
¿Qué	☐ Estados de cuenta	☐ Informes de la sala de	☐ Informes de patología
registros se	☐ Consultas	emergencia	☐ Notas de progreso
están	☐ Resúmenes de alta	☐ Historial y exámenes	☐ Imágenes de
solicitando?		físicos	radiología (x-rays)
	□ EKG	☐ Imágenes de Jules Stein	
	☐ Otro(s):	☐ Informes de laboratorio	☐ Informes de radiología
lufa ma a si é m		☐ Informes operativos	
Información Sensible	•	ación confidencial a menos q	lue autorice
Selisible	específicamente a con		
	☐ Resultados de abuso	0 0	
	☐ Información de pruebas genéticas		
	☐ Resultados de prueb		
Fanacificus	☐ Resultados psicológicos/vocacionales		
Especifique el periodo de	ESPECIFIQUE LA FECHA O PERIODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACION SELECCIONADA ANTERIORMENTE:		
fecha/hora			
	DESDE	MM/DD/AAAA AMM/DD/	AAAA
Vencimiento de la	·	e de otra manera, esta autorizad	ción expira
autorización	—————————(inserte fecha o evento aplicable).		
autorizacion	Si no se indica la fecha, esta autorización caducara 12 meses después de la fecha		
	de la firma.		
Firma(s)			
	/Eirma dal Dagianta a qui	Penragentanta Legal	 Fecha
	(Firma del Paciente o su	Representante Legal)	recha
	Nombre Impreso		Número de Teléfono
	<b>'</b>		(Incluye prefijo telefónico)
	Si está firmando, nor ald	uien que no sea el paciente, inc	dique la relación con el
			alque la relación con el
	Testigo (solo si el pacier	nte no puede firmar) o	Fecha
	Interprete		
	Número de Identificaciór	n del Intérprete #	<u></u>



MRN:	
TVII VI V.	
Patient Name:	
(Patient Label)	

Direcciones Postales		
☐ Por favor marque la casilla para registros	□ Por fav	or marque la casilla para imagines de
médicos	radiolo	gía
UCLA HIMS, Release of Information	Image Ma	nagement, Release of Information
10833 Le Conte Ave, CHS BH-902	200 Medic	al Plaza
Los Angeles, CA. 90095-1776	B1- Level	Suite 165-11
Fax: (310) 983-1468   Phone: (310) 825-6021	Los Angele	es Ca. 90095
Correo Electrónico: roi@mednet.ucla.edu	Fax 310-82	25-3205   Phone 310-825-6425
☐ Por favor marque la casilla para los registros de salud		
mental		
Mental Health Records		
RNPH/BHS HIMS		
10833 Le Conte Ave BH239A		
Los Angeles CA 90095		
Fax 310-206-7682   Phone 310-267-2661 or 310-794-1530		

UCLA Form #30910a\_(Rev 6/25) Page 3 of 3



MRN: Patient	Name:	
	(Patient Label)	

### Completar la autorización para divulgar información de salud protegida

Para proteger la información médica confidencial de nuestro paciente debemos tener una autorización válida, completa y legible para divulgar su información de la salud.

Todas las secciones de esta autorización deben completarse por completo antes de que UCLA Health pueda divulgar su información de salud protegida.

### **Aviso**

UCLA Health y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de la salud son requeridos por la ley para mantener su información de la salud confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que ya no está protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

### Revocación

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, proporcionar que lo haga por escrito y enviarlo a:

**UCLA Health** 

Health Information Management Services 10833 Le Conte Avenue, CHS BH-902 Los Angeles, CA 90095-7305

La revocación entrara en vigencia cuando UCLA Health la reciba, en la medida en que UCLA u otros ya hayan confiado en ella.

EHI (ELECTRONIC HEALTH INFORMATION) EXPORT (DATA EXPORT REQUEST): Un EHI es un archivo legible por computadora que se muestra en un formato diferente, diseñado para ser utilizado por otras organizaciones. Los datos se verán algo así:

DAT TO DAT SHO	DATE BEAL CONTACT DATE ADMISSION LINK CON
721000216	_DATE_REAL CONTACT_DATE ADMISSION_LINK_CSN
221000216	61805 3/20/2010 12:00:00 AM
Z21000216	58255 6/30/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58267 7/12/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58267.01 7/12/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58303 8/17/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58365 10/18/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58364 10/17/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58365.01 10/18/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58365.02 10/18/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58365.03 10/18/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58365.04 10/18/2000 12:00:00 AM
Z21000216	61885 3/20/2010 12:00:00 AM 58255 6/30/2000 12:00:00 AM 58267 7/12/2000 12:00:00 AM 58267.01 7/12/2000 12:00:00 AM 58363 8/17/2000 12:00:00 AM 58365 10/18/2000 12:00:00 AM 58364 10/17/2000 12:00:00 AM 58365.01 10/18/2000 12:00:00 AM 58365.02 10/18/2000 12:00:00 AM 58365.03 10/18/2000 12:00:00 AM 58365.04 10/18/2000 12:00:00 AM 58366.04 10/18/2000 12:00:00 AM 58364.01 10/17/2000 12:00:00 AM 58461 1/26/2000 12:00:00 AM 58461 1/22/2001 12:00:00 AM 58461 1/22/2001 12:00:00 AM
Z21000216	58364.01 10/17/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58381 11/3/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58414 12/6/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58303.01 8/17/2000 12:00:00 AM
Z21000216	58461 1/22/2001 12:00:00 AM
Z21000216	58461.01 1/22/2001 12:00:00 AM
Z21000216	58479 2/9/2001 12:00:00 AM
Z21000216	58646 7/26/2001 12:00:00 AM
Z21000216	58751 11/8/2001 12:00:00 AM
	58750 11/7/2001 12:00:00 AM
	58749 11/6/2001 12:00:00 AM



MRN: Patient Na	me:
	(Patient Label)

#### Mis Derechos

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, la inscripción de pago y la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados en la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para:

- 1) investigación relacionada con tratamiento,
- 2) para obtener información en relación con la elegibilidad y la inscripción en un plan de salud
- 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo, o
- 4) crear PHI para proporcionar a una tercera persona. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La solicitud de registros a través del portal de pacientes de UCLA Health está disponible para los pacientes y sus apoderados. Visite myUCLAhealth en: https://www.uclahealth.org/medical-records

Llame para obtener ayuda con su cuenta myUCLAhealth: 855-364-7052