



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED
HEALTH INFORMATION**
**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

Patient Name _____ <i>Nombre de paciente</i>
Date of Birth ____/____/_____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Phone # (____) _____ <i>Teléfono</i>

Autorizo a _____ para que revele información médica a:
(Nombre de la persona o institución que tiene información)

Nombre de la persona o institución que recibirá la información médica

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

Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

(_____) _____ Extensión: _____
Número de Teléfono

TYPE OF RECORD / TIPO DE EXPEDIENTE

- Medical *Médico* Billing Statements *Estados de Cuenta* Radiology Images (X-rays, etc) *Imágenes de Radiología (rayos-X, etc.)*

INFORMATION TO BE RELEASED / INFORMACIÓN QUE SE LANZARÁ

- Inpatient dictated records (Discharge summary, History & Physical, Progress notes, operative reports, consultations, laboratory, radiology, and other diagnostic reports) / *Expedientes del paciente hospitalizado (Resumen del alta, Anamnesis y Exploración física, Comentarios de evolución, Informes quirúrgicos, Interconsultas, Informes de laboratorio, radiología y otros informes diagnósticos)*
- Outpatient dictated records (Office notes, consultations, operative reports, laboratory, radiology, and other diagnostic reports) / *Expedientes del paciente externo (Anotaciones del consultorio, Interconsultas, Informes quirúrgicos, Informes de laboratorio, radiología y otros informes diagnósticos).*
- Immunization Records / *Registros de inmunizaciones*

Emergency Department Reports / *Informes del Departamento de Urgencias*

Sensitive Information / Información confidencial

- HIV Test Results *Resultados de la Prueba del VIH* _____ *Iniciales del/la paciente*
- Genetic Test Results *Resultados de la Prueba genética* _____ *Iniciales del/la paciente*
- Psychiatric treatment records *Informes de tratamiento psiquiátrico* _____ *Iniciales del/la paciente*
- Drug & alcohol abuse treatment records *Informes de tratamientos por drogadicción y alcoholismo* _____ *Iniciales del/la paciente*

SPECIFY THE DATE OR TIME PERIOD FOR INFORMATION SELECTED ABOVE:
ESPECIFIQUE LA FECHA OR EL PERIODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN:



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Patient Identification _____

The purpose of this release is (check one or more) / El propósito de esta revelación es (marcar uno o más)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuing medical care
<i>Asistencia médica continua</i> | <input type="checkbox"/> Inspection of record
<i>Inspección de registro</i> | <input type="checkbox"/> Insurance
<i>Seguro médico</i> |
| <input type="checkbox"/> Legal matter
<i>Asunto legal</i> | <input type="checkbox"/> Personal copy
<i>Copia personal</i> | <input type="checkbox"/> Other
<i>Otros</i> |

Aviso

UCSD y muchas otras organizaciones y personas tales como médicos, hospitales y planes médicos están obligados por ley a mantener la información médica de usted con carácter de confidencial. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantener la confidencialidad, puede ser que dicha información deje de estar protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad.

Mis derechos

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento médico, la inscripción a pagos o la candidatura para prestaciones no pueden condicionarse con la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) dirigir un tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información en conexión con la candidatura o inscripción en un plan médico, 3) determinar la obligación de una entidad para pagar una demanda, ó 4) crear información para proporcionarla a un tercero.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y presentándolo en:
Health Information Services UC San Diego Medical Center
200 W. Arbor Drive, #8825
San Diego, CA 92103-8825
- La revocación entrará en vigor cuando UCSD Healthcare la reciba, excepto en la medida en que UCSD Healthcare u otros ya hayan contado con ello.
- Yo tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Vencimiento de la Autorización

A menos que sea revocada, esta Autorización vence¹ el: _____.

Firma

(Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente)

Fecha: _____
(Inserte la fecha que aplique al evento)

(Nombre en letra de imprenta)

Hora: _____ AM / PM

Parentesco con el Paciente (si firma otra persona)

¹ Si no se indica una fecha, esta Autorización se vence 12 meses después de la fecha en que se firmó este formulario