

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - Digital Library

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA - Biblioteca Digital

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

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 RECORDS TO BE / REGISTROS QUE SE

Radiology Images (X-rays, etc.)
Imágenes de Radiología
(rayos-X, etc.)

Mailed
enviado por
correo

Picked up
los documentos
recogidos

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:

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:
UC San Diego Health System, Hillcrest - Radiology Imaging Archive Services
200 W. Arbor Drive, # 8756
San Diego, CA 92103-8756
Teléfono: (619) 543-6586 FAX: (619) 543-5239
- La revocación entrará en vigor cuando UCSD Medical Center la reciba, excepto en la medida en que UC San Diego Health System 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***