



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

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

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 Billing Statements
Médico 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 _____ Iniciales del/la paciente
- Psychiatric treatment records
 Informes de tratamiento psiquiátrico _____ Iniciales del/la paciente
- Genetic Test Results
 Resultados de la Prueba _____ 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 PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN:



UC San Diego

MEDICAL CENTER

**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)

- Continuing medical care
 Asistencia médica continua
- Legal matter
 Asunto legal

- Inspection of record
 Inspección de registro
- Personal copy
 Copia personal

- Insurance
 Seguro médico
- Other
 Otros

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