

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION)

Autorizo a _____ a divulgar información médica a:
(nombre de la persona o centro que cuenta con la información)

Nombre de la persona o centro que recibirá la información médica

Especifique el nombre/cargo de la persona que recibirá la información médica, si se conoce

Domicilio: Calle, Ciudad, Estado, Código postal

ESPECIFIQUE EL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA AL CUAL SE LE SOLICITA LA INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> WESTWOOD UCLA – MEDICAL CENTER	<input type="checkbox"/> SANTA MONICA UCLA – MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/> CLÍNICA _____	<input type="checkbox"/> CLÍNICA _____
<input type="checkbox"/> RESNICK NEUROPSYCHIATRIC HOSPITAL	<input type="checkbox"/> JULES STEIN EYE INSTITUTE
<input type="checkbox"/> SEMEL NEUROPSYCHIATRIC INSTITUTE	
<input type="checkbox"/> CLÍNICA _____ ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA CLÍNICA	
<input type="checkbox"/> SERVICIO MÉDICO A DOMICILIO	

TIPO DE REGISTROS

<input type="checkbox"/> HISTORIA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> HISTORIA DE SALUD MENTAL (que no sean notas escritas durante sesiones de psicoterapia)
---	---

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de alta | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de medicina de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta | <input type="checkbox"/> Historia clínica dental | <input type="checkbox"/> Anamnesis y exploración física |
| <input type="checkbox"/> Informes anatomopatológicos | <input type="checkbox"/> Informes de cirugía | <input type="checkbox"/> Informes de radiología y de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> Radiología u otras técnicas de diagnóstico por imagen (radiografías, etc.) | <input type="checkbox"/> Interconsultas/Evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> Notas de evolución | <input type="checkbox"/> Resultados de los análisis de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Historias clínicas de pacientes ambulatorios |
| <input type="checkbox"/> Información sobre drogadicción y alcoholismo | <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Resultados del análisis genético |
| | | <input type="checkbox"/> Resultados de los exámenes psicológicos/de orientación vocacional |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

ESPECIFIQUE LA FECHA O PERIODO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA MÁS ARRIBA:

Iniciales del paciente o su representante personal: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION)

EL OBJETO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES (seleccione una o más opciones)

- Por solicitud del paciente o su representante personal
- Otros (indicar motivo) _____

NOTA

Por ley, UCLA Healthcare y muchas otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y planes médicos, tienen el deber de resguardar la confidencialidad de su información. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que no está obligado por ley a preservar la confidencialidad de dicha información, es posible que ésta quede sin la protección de las leyes de confidencialidad estatales o federales.

MIS DERECHOS

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para obtener beneficios no quedan afectados al firmarse esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) realizar un tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información vinculada a la elegibilidad o inscripción en un plan médico, 3) determinar si una entidad esta obligada a pagar una demanda, o 4) generar información médica para suministrar a terceros.
- Puedo anular esta autorización en cualquier momento, a condición de que lo haga por escrito y la envíe a la Privacy Management Office, UCLA Healthcare, 10833 Le Conte Avenue, CHS BH265, Los Angeles, CA 90095-7305. Esta anulación entrará en vigencia desde el momento en que UCLA Healthcare la reciba, pero exceptuando los usos que UCLA Healthcare u otros le hayan dado hasta el momento de la recepción.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que sea anulada, esta Autorización caduca _____ (escribir la fecha o el evento correspondiente) Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización caducará 12 meses después de la fecha en que se firma este formulario.

FIRMA

(Firma del paciente o del representante legal del paciente) Fecha: _____

Nombre completo en letra de molde Hora: _____ a.m. / p.m.

Número de teléfono (Incluya el código de área)

(si está firmado por otra persona que no es el paciente, indique la relación con el paciente o autoridad)

Testigo (sólo si el paciente está imposibilitado para firmar) o intérprete