

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION)**

<p>Información del Paciente</p>	<p>Nombre del Paciente _____ Número de Expediente Medico _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado y Código Postal _____</p> <p>Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA): _____</p> <p>Teléfono (____) _____</p>
<p>Especificar el Centro de Salud</p>	<p><input type="checkbox"/> UCLA Health Hospitals/Clinics</p> <p><input type="checkbox"/> Jules Stein Eye Institute</p> <p><input type="checkbox"/> Resnick Neuropsychiatric Hospital</p>
<p>Instrucciones de Entrega</p>	<p><input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> E-Mail (Correo Electrónico) <input type="checkbox"/> Copia en Papel (NPH/BHS no se libera a través de correo electrónico)</p> <p><input type="checkbox"/> Llama el solicitante cuando los registros están listos para recoger</p> <p>Nota: Si deja en blanco, un CD se proporcionará.</p> <p>Autorizo a _____ para recoger mis expedientes médicos.</p> <p>Relación con el Paciente: _____</p>
<p>Registros de Liberación para <i>¿Dónde quieres que se envíen los registros? ¿Quién quieres que reciba registros?</i></p>	<p>Autorizo a UCLA Health para liberar el PHI to:</p> <p>Nombre de hospital/clínica/persona para recibir PHI: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado y Código Postal _____</p> <p>Teléfono (____) _____ FAX: (____) _____</p> <p>Correo Electrónico _____</p>
<p>Propósito <i>¿Cuál es el propósito de esta versión?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> A petición del paciente/representante del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (Razón de estado) _____</p>

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION)**

MRN:
Patient Name:
(Patient Label)

Direcciones Postales	
<input type="checkbox"/> Por favor marque la casilla para registros médicos	<input type="checkbox"/> Por favor marque la casilla para imagines de radiología
UCLA HIMS, Release of Information 10833 Le Conte Ave, CHS BH-902 Los Angeles, CA. 90095-1776 Fax: (310) 983-1468 Phone: (310) 825-6021 Correo Electrónico: roi@mednet.ucla.edu	Image Management, Release of Information 200 Medical Plaza B1- Level Suite 165-11 Los Angeles Ca. 90095 Fax 310-825-3205 Phone 310-825-6425
<input type="checkbox"/> 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	

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION)**

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.

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.