

MRN: \_\_\_\_\_  
 Patient Name: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**  
 (AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del Paciente _____	Número de Expediente Medico _____
Fecha de Nacimiento _____	SSN – Últimos Cuatro Dígitos Solamente _____
Autorizo a UCL A Health para liberar el PHI a:	
Nombre de persona/facilidad para recibir PHI: _____	
Dirección: _____	
Ciudad, Estado y Código Postal: _____	

Entrega de Solicitud:  **CD**     **(Correo Electrónico) E-Mail**     **Copia en Papel**

Nota: Si deja en blanco, un CD se proporcionara

Correo Electrónica: \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR EL CENTRO DE SALUD DE LA CUAL SE SOLICITA LA PHI**

<input type="checkbox"/> UCLA Health Hospitals	<input type="checkbox"/> Jules Stein Eye Institute	<input type="checkbox"/> Resnick Neuropsychiatric Hospital
--	--	--

**TIPO DE REGISTROS**

<input type="checkbox"/> MEDICO	<input type="checkbox"/> SALUD MENTAL (que no sean notas de psicoterapia)
---------------------------------	---

**Información Que Se PUBLICARA**

<input type="checkbox"/> Estados de cuenta <input type="checkbox"/> Consultas/Evaluaciones <input type="checkbox"/> Registros dentales <input type="checkbox"/> Descarga resumen <input type="checkbox"/> Información de abuso de drogas y alcohol <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Informes de medicina de la emergencia	<input type="checkbox"/> Información prueba genética <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Información sobre el VIH/ SIDA tratamiento <input type="checkbox"/> Historia y examen físico <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio <input type="checkbox"/> Registros de clínica ambulatoria	<input type="checkbox"/> Informes operativos <input type="checkbox"/> Informes de patología <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba psicológica y profesional <input type="checkbox"/> Radiología y otras imágenes diagnosticas (rayos x, etc.) <input type="checkbox"/> Radiología y otros informes de diagnostico
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

MRN:  
Patient Name:

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

ESPECIFIQUE LA FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN SELECCIONADA ANTERIORMENTE:

DESDE MM / DD / AAAA A MM / DD / AAAA

**EL PROPOSITO DE ESTA DIVULGACION ES (marque una o mas)**

- Solicitado por el paciente o el representante del paciente       Cita futuro  
 Otro motivo (explique la razón) \_\_\_\_\_

**AVISO**

Por la ley, UCLA Health y otras organizaciones e individuos, por ejemplo, los médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica protegida. Si usted autorizó la divulgación de ésta a alguien que no está obligado por ley a mantenerla confidencial, puede que dicha información ya no se encuentre protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

**MIS DERECHOS**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la afiliación o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a la firma de la presente autorización, con la excepción de que ésta esté destinada a: 1) llevar a cabo tratamientos relacionados con investigaciones, 2) obtener información relacionada con la elegibilidad o afiliación a un plan de salud, 3) determinar la obligación de pago de una reclamación de una entidad, o 4) recabar información médica protegida (PHI) para entregarla a un tercero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y dicha revocación esté dirigida a:  
Health Information Management Services, UCLA Health  
10833 Le Conte Avenue, CHS BH265  
Los Angeles, CA 90095-7305.  
  
La revocación tendrá validez cuando UCLA Health la reciba, con excepción a la medida que UCLA Health u otros ya hayan contado con la misma.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

A menos que se revoque, la presente Autorización caduca el \_\_\_\_\_ (especifique fecha o hecho correspondiente). Si no se indicara fecha alguna, la presente Autorización caducará dentro de 12 meses a partir de la fecha en que se firmó este formulario.

MRN:  
Patient Name:

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**  
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF (PHI) PROTECTED HEALTH INFORMATION)

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o su Representante Legal)      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso      Número de Teléfono  
(Incluye Código de Área)

\_\_\_\_\_  
(Si la persona que firma no es el paciente, especifique su relación con el paciente)

\_\_\_\_\_  
Testigo (sólo si el paciente no puede firmar) o intérprete      Fecha

Por favor marque a la casilla para registros médicos

Por favor marque la casilla para imágenes de radiología

<b>UCLA HIMS, Release of Information</b> 10833 Le Conte Ave, CHS BH-225 Los Angeles, CA. 90095-78305 Fax: (310) 983-1468   Phone: (310) 825-6021 Correo Electrónico: <a href="mailto:roi@mednet.ucla.edu">roi@mednet.ucla.edu</a>	Image Management, Release of Information 200 Medical Plaza B1- Level   Suite 165-11 Los Angeles Ca. 90095-78305 Fax 310-825-3205   Phone 310-825-6425
---	---