

DATE:

ID VERIFICATION (TYPE):

PATIENT NAME:

BIRTHDATE:

ID VERIFIED BY:

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a: _____
(Nombre de la persona o centro que posee la información - ejemplo: UCSF/Mt. Zion)

a divulgar información de salud a: _____
(Name of person or facility to receive health information and full address)

Domicilio Ciudad Estado Código postal

Al marcar esta casilla, autorizo el intercambio entre las personas u organizaciones que se indican anteriormente.

La finalidad de esta autorización de divulgación es (marcar una o más):

- Continuidad de la atención o planificación del alta Facturación y pago de una factura
 Solicitud del paciente o representante del paciente Otra (indicar la razón) _____

Por favor, indique la información de salud específica cuya divulgación autoriza. Marque todas las que correspondan. Para las fechas de servicio: _____

- Visita a la sala de emergencia** (p. ej., apuntes de los proveedores de la sala de emergencias, informes de radiología, laboratorios y diagnóstico, consultas y apuntes sobre procedimientos)
 Expediente hospitalario en su totalidad (p. ej., historial y examen físico, consultas, informe quirúrgico, resumen del alta, laboratorios, informes de radiología, apuntes de enfermería, apuntes de evolución)
 Visita a la clínica o consultorio (es decir, apuntes de evolución, apuntes del consultorio, apuntes de procedimientos, apuntes quirúrgicos, laboratorios, diagnóstico e informes de radiología)
 Informes de facturación **Imágenes de radiología (solamente)**
 Otros expedientes (no indicados anteriormente; favor de indicar de qué tipo concreto): _____

Método de entrega (favor de seleccionar uno): Correo Recogido Portal en línea

La información a continuación no se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente marcando las casillas correspondientes a continuación:

- Información sobre abuso de drogas y alcohol, diagnóstico y tratamiento (42 C.F.R. §§2.34 y 2.35).
 Información correspondiente al diagnóstico y tratamiento de la salud mental (Código de bienestar e instituciones §§5328, y subsiguientes)
 Divulgación de resultados de pruebas de VIH/SIDA (Código de Salud y Seguridad §120980(g)).
 Divulgación de información sobre pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §124980(j)).

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque, la presente autorización vence el _____ (escriba la fecha o el evento correspondiente). Si no se indica una fecha, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este documento.

Nombre en letra de molde Firma (paciente, padre o madre, tutor)

Número telefónico del paciente Correo electrónico del paciente

Fecha Hora Parentesco con el paciente (padre o madre, tutor, curador o representante del paciente)

Formato solicitado: Impreso CD

756-020Z5i (Rev. 08/20) MEDICAL RECORD COPY



AVISO

UCSF y muchas otras organizaciones y particulares, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no tenga la obligación jurídica de mantener su confidencialidad, dicha información podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

Entregar la autorización completada a:

Health Information Management Services
UCSF Medical Center
400 Parnassus Ave., Room A88
San Francisco, CA 94143-0308

SUS DERECHOS

Esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o requisitos de calificación para los beneficios no puede condicionarse a la firma de esta autorización, salvo en los casos a continuación: 1) para efectuar tratamiento relacionado con una investigación, 2) para obtener información en conexión con los requisitos para estar en un plan médico o inscribirse en uno, 3) para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo, o 4) para crear información de salud a fin de proporcionársela a un tercero.

Esta autorización puede retirarse en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por usted o el representante del paciente y entregarse al departamento de Health Information Management Services (Servicios de Gestión de Información de la Salud). La revocación entrará en vigor cuando UCSF la reciba, excepto en la medida en que UCSF u otros ya se hayan basado en la autorización.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización..