NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE_____

NO. DEL EXPEDIENTE MÉDICO:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACION MÉDICA

Autorizo a:_____

Nombre de la persona y/o institución que tiene información

_____

Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

a revelar información médica a:

_____

Especifique el nombre/puesto de la persona y/o institución que recibirá la información médica

_____

Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

_____

****

Por favor, especifique la información médica que usted autoriza a que se revele:

❒ MÉDICA ❒ SALUD MENTAL (distinta a apuntes de psicoterapia)

El/los tipo(s) de información médica: _____

Fecha(s) del tratamiento:_____

Usted también puede autorizar la revelación de información para el tratamiento, que se proporcionó después de la fecha de la firma en esta Autorización, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra, mientras esta autorización no se haya vencido. Por favor, ponga sus iniciales si a usted le gustaría que esta Autorización revele información sobre la atención médica que reciba después de la fecha de su firma. _____

(Ponga sus iniciales aquí)

La siguiente información no se revelará, a menos que usted lo autorice específicamente, marcando la(s) casilla(s) relevante(s) a continuación:

❒ Autorizo específicamente la revelación de información pertinente al abuso, diagnóstico o tratamiento de drogas y alcohol. (§§ 2.34 y 2.35 del *C.F.R.* 42).

❒ Autorizo específicamente la revelación de los resultados de la prueba del VIH/SIDA (§120980[g] del Código de Salud y Seguridad).

❒ Autorizo específicamente la revelación de información de pruebas genéticas (§124980[j] del Código de Salud y Seguridad).

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE_____

NO. DEL EXPEDIENTE MÉDICO:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACION MÉDICA

El propósito de esta revelación es (marque uno o más):

❒ A petición del/de la paciente/representante del/de la paciente

❒ Otra razón, (indique razón)_____

AVISO

La ley requiere al *UCDHS* y a muchas otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes médicos, que mantengan su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien a quien no se le requiera legalmente mantenerla confidencial, es posible que ésta ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

SUS DERECHOS

Esta Autorización para revelar información médica es voluntaria. El tratamiento, el pago, la matriculación o la elegibilidad para beneficios no pueden depender de la firma de esta Autorización, excepto en los casos siguientes: (1) para realizar tratamiento relacionado con una investigación, (2) para obtener información con respecto a la elegibilidad o matriculación en un plan médico, (3) para determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo, o (4) para crear información médica para proporcionarla a terceros.

Esta Autorización puede revocarse en cualquier momento. La revocación tiene que ser por escrito, firmarla usted o su representante del/de la paciente y enviarse a: Health Information Management Department, UCDHS, 2315 Stockton Blvd., Building 12, Sacramento, California 95817.

La revocación entrará en vigor cuando el *UCDHS* la reciba, excepto en la medida en la que el *UCDHS* u otros ya hayan dependido de ésta.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

El VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque de otra forma, esta Autorización se vence _____ (indique la fecha o el acontecimiento aplicable). Si no se indica ninguna fecha, la Autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que yo firme este formulario.

_____
Escriba su nombre con letra de molde

_____
Firma (Paciente, Padre/Madre, Representante)

_____
Fecha Hora

_____
Relación con el/la Paciente (Padre, Madre, Tutor(a) Legal, Protector(a), Representante del/de la Paciente

_____
Testigo (sólo si el/la paciente no puede firmar) o Intérprete