



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED  
HEALTH INFORMATION**  
**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA**

Patient Name _____ <i>Nombre de paciente</i>
Date of Birth ____/____/_____ <i>Fecha de nacimiento</i>
Phone # (____) _____ <i>Teléfono</i>

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que revele información médica a:  
*(Nombre de la persona o institución que tiene información)*

Nombre de la persona o institución que recibirá la información médica

Especifique el nombre y título de la persona que recibirá la información médica, si se conoce.

Dirección: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
*Número de Teléfono*

**TYPE OF RECORD / TIPO DE EXPEDIENTE**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medical<br><i>Médico</i> | <input type="checkbox"/> Billing Statements<br><i>Estados de Cuenta</i> | <input type="checkbox"/> Radiology Images (X-rays, etc)<br><i>Imágenes de Radiología (rayos-X, etc.)</i> |
|---|---|--|

**INFORMATION TO BE RELEASED / INFORMACIÓN QUE SE LANZARÁ**

- Inpatient dictated records (Discharge summary, History & Physical, Progress notes, operative reports, consultations, laboratory, radiology, and other diagnostic reports) / *Expedientes del paciente hospitalizado (Resumen del alta, Anamnesis y Exploración física, Comentarios de evolución, Informes quirúrgicos, Interconsultas, Informes de laboratorio, radiología y otros informes diagnósticos)*
- Outpatient dictated records (Office notes, consultations, operative reports, laboratory, radiology, and other diagnostic reports) / *Expedientes del paciente externo (Anotaciones del consultorio, Interconsultas, Informes quirúrgicos, Informes de laboratorio, radiología y otros informes diagnósticos).*
- Immunization Records / *Registros de inmunizaciones*

Emergency Department Reports / *Informes del Departamento de Urgencias*

**Sensitive Information / Información confidencial**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIV Test Results<br><i>Resultados de la Prueba del VIH</i> _____<br><i>Iniciales del/la paciente</i>                   | <input type="checkbox"/> Genetic Test Results<br><i>Resultados de la Prueba genética</i> _____<br><i>Iniciales del/la paciente</i>  |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric treatment records<br><i>Informes de tratamiento psiquiátrico</i> _____<br><i>Iniciales del/la paciente</i> | <input type="checkbox"/> Drug & alcohol abuse treatment records<br><i>Informes de tratamientos por drogadicción y alcoholismo</i> _____<br><i>Iniciales del/la paciente</i> |

SPECIFY THE DATE OR TIME PERIOD FOR INFORMATION SELECTED ABOVE:  
 ESPECIFIQUE LA FECHA OR EL PERIODO DE TIEMPO PARA LA INFORMACIÓN:



## AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

### AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Patient Identification \_\_\_\_\_

***The purpose of this release is (check one or more) / El propósito de esta revelación es (marcar uno o más)***

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuing medical care<br><i>Asistencia médica continua</i> | <input type="checkbox"/> Inspection of record<br><i>Inspección de registro</i> | <input type="checkbox"/> Insurance<br><i>Seguro médico</i> |
| <input type="checkbox"/> Legal matter<br><i>Asunto legal</i>                          | <input type="checkbox"/> Personal copy<br><i>Copia personal</i>                | <input type="checkbox"/> Other<br><i>Otros</i>             |

#### **Aviso**

UCSD y muchas otras organizaciones y personas tales como médicos, hospitales y planes médicos están obligados por ley a mantener la información médica de usted con carácter de confidencial. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantener la confidencialidad, puede ser que dicha información deje de estar protegida por las leyes estatales y federales de confidencialidad.

#### **Mis derechos**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento médico, la inscripción a pagos o la candidatura para prestaciones no pueden condicionarse con la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) dirigir un tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información en conexión con la candidatura o inscripción en un plan médico, 3) determinar la obligación de una entidad para pagar una demanda, ó 4) crear información para proporcionarla a un tercero.
- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y presentándolo en:  
Health Information Services UC San Diego Medical Center  
200 W. Arbor Drive, #8825  
San Diego, CA 92103-8825
- La revocación entrará en vigor cuando UCSD Healthcare la reciba, excepto en la medida en que UCSD Healthcare u otros ya hayan contado con ello.
- Yo tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

#### **Vencimiento de la Autorización**

A menos que sea revocada, esta Autorización vence<sup>1</sup> el: \_\_\_\_\_.

#### **Firma**

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

Fecha: \_\_\_\_\_  
*(Inserte la fecha que aplique al evento)*

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta)

Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente (si firma otra persona)

<sup>1</sup> Si no se indica una fecha, esta Autorización se vence 12 meses después de la fecha en que se firmó este formulario