

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
INFORMACIÓN DE SALUD**

Número de expediente médico:

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Número del Seguro Social:

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que entregue información de salud a: *(nombre de persona o lugar que tiene la información)*

Nombre de la persona o lugar que recibirá la información

Especifique nombre/título de la persona que recibirá la información, si lo sabe

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal

**TIPO DE EXPEDIENTE**

MÉDICO

DE SALUD MENTAL (aparte de las notas de psicoterapia)

**INFORMACIÓN A DIVULGAR**

<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Informes del laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes de atención emergencia
<input type="checkbox"/> Estados de Cuenta	<input type="checkbox"/> Expediente dental	<input type="checkbox"/> Historial y chequeos físicos
<input type="checkbox"/> Informes de Patología	<input type="checkbox"/> Informes operatorios	<input type="checkbox"/> Radiología y otros informes diagnósticos
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Radiología/ imágenes diagnósticas (rayos x, etc.)	<input type="checkbox"/> Consultas/Evaluaciones
<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Resultados de análisis de VIH/SIDA / Información del tratamiento	<input type="checkbox"/> Expediente atención ambulatoria
<input type="checkbox"/> Información de abuso de estupefacientes y alcohol		<input type="checkbox"/> Información de análisis genéticos
		<input type="checkbox"/> Resultados de tests psicológicos/vocacionales

Otro \_\_\_\_\_

**INDIQUE FECHA O PERÍODO DE TIEMPO PARA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA**

**LA RAZÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (marque una o más)**

Por petición del paciente/ representante del paciente

Otra (dé la razón) \_\_\_\_\_

Página 1 de 3  
o'Paciente \_\_\_\_\_

Iniciales de Representante

Número de expediente médico:

Nombre del paciente:

**AVISO**

El Servicio de Atención Médica UCLA y varias otras organizaciones y personas tales como médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información de salud confidencial. Si Ud. ha autorizado a que se revele su información de salud a alguien que no está obligado por ley a guardar la confidencialidad, ésta podría no seguir protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

**MIS DERECHOS**

- Comprendo que esta Autorización es voluntaria. El tratamiento, enrolamiento para pagos o el hecho de cumplir los requisitos para acceder a los beneficios no dependerá de la firma de esta Autorización a no ser que la Autorización sea para: 1) conducir tratamiento relacionado con la investigación científica, 2) obtener información para saber si reúne los requisitos o relacionada con el enrolamiento en un plan de salud, 3) determinar la obligación legal de una institución en cuanto a pago de demandas, o 4) crear información de salud para dar a terceros.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando yo lo ponga por escrito y lo envíe a la oficina de asuntos de privacidad: Privacy Management Office, UCLA Healthcare, 10833 Le Conte Avenue, CHS BH265, Los Angeles, CA 90095-7305. La revocación entrará en efecto cuando el Servicio de Atención Médica UCLA lo reciba, a no ser que el servicio de atención médica UCLA u otros ya la hayan procesado.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

A menos que se revoque por alguna otra causa, esta Autorización vence el \_\_\_\_\_ (inserte la fecha correspondiente o el evento). Si no se especifica la fecha de vencimiento, esta Autorización vencerá a los 12 meses de la fecha que se haya firmado este documento.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o de su representante legal)

Fecha: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Escribir el nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
(si la firma otra persona que no sea el paciente, indique su relación con el paciente/autoridad)

---

Testigo (*sólo si el paciente es incapaz de firmar*) o Intérprete