

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
N.º EXPEDIENTE MÉDICO DE UCD: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono: _____
Correo electrónico (opcional): _____

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA, DAVIS
CENTRO MÉDICO
SACRAMENTO, CALIFORNIA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Solo comunicación verbal (para uso interno)

Por la presente autorizo a:

A divulgar información de salud a:

Nombre de la persona/centro a los que se divulga la información de salud

Nombre de la persona/centro que recibe la información de salud

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Tipos de información de salud que se divulga para el siguiente intervalo de fechas: De _____
a _____

- Todos los expedientes médicos Imágenes radiológicas Expedientes de facturación
 Expedientes limitados a los siguientes proveedores o departamentos: _____
 Otro: _____

Además, autorizo la divulgación de información para tratamiento prestado después de la fecha de la firma en esta autorización, siempre que dicho tratamiento ocurra mientras esta autorización no haya vencido. ____ (iniciales)

La información siguiente está protegida por ley y no se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente:	
<input type="checkbox"/> Salud mental (aparte de notas de psicoterapia) Para las notas de psicoterapia, complete el formulario de autorización de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH
<input type="checkbox"/> Expedientes de tratamiento de drogadicción/alcoholismo	<input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas

Tipo de divulgación (seleccione uno):	Método de entrega (seleccione uno):
<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Inspección en el lugar	<input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Recogida <input type="checkbox"/> Fax (continuación de atención solamente)

La finalidad de esta divulgación es la siguiente: Paciente/Representante del paciente Otra:

Aviso: Puede aplicarse un cargo por las copias de sus expedientes. A menos que la ley lo exija, la ley de California prohíbe al receptor divulgar a su vez la información de salud recibida de usted a menos que este obtenga otra autorización de usted. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no esté obligado legalmente a mantenerla confidencial, podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

Sus derechos: Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden supeditarse a la firma de este formulario. Puede revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por usted o su representante, y entregarse en: UCDHS Health Information Management Department, 2315 Stockton Blvd., Edificio 12, Sacramento, CA 95817. La revocación entrará en vigor cuando UCDHS la reciba, salvo en la medida en que UCDHS u otros ya hayan actuado de acuerdo con ella. Una copia de esta autorización es igual de válida que el original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Vencimiento de la autorización: A menos que se revoque, esta autorización vence el _____ (insertar fecha). Si no se indica una fecha, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Fecha _____ Nombre en letra de molde _____ Firma del paciente/Rep. del paciente _____ Relación con el paciente _____

Firma del intérprete, si corresponde

