UCSF Health
Medical Foundation

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

FECHA:

NOMBRE COMPLETO:

FECHA DE NACIMIENTO:

ID VERIFICATION (TYPE):

ID VERIFIED BY:

Autorizo a:

(Nombre de la persona o centro que posee la información - ejemplo: UCSF Health Medical Foundation)

Número telefónico de la clínica | Número fax de la clínica

a divulgar información de salud a:

(Nombre de la persona u organización que recibirá la información médica y la dirección completa)

Domicilio | Ciudad | Estado | Código postal

Número telefónico | Número fax

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

La fnalidad 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 específca cuya divulgación autoriza. Marque todas las que correspondan. Para las fechas de servicio:

☐ Visita a la clínica ☐ Imágenes de radiología (solamente) ☐ Clínica de la Salud Reproductiva ☐ Informes de facturación

☐ Otros expedientes (favor de indicar de qué tipo concreto):

La información a continuación no se divulgará a menos que usted lo autorice específcamente 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)

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

Número telefónico del paciente

Formato solicitado: ☐ Impreso (Papel) ☐ Fax