UC San Diego Health

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Authorization To Release Protected Health Information

Dirección postal: UC San Diego Health, Attn: Health Information Management
200 West Arbor Drive, #8825, San Diego, CA 92103 • **Fax: 619-543-7128**

***Hospital & Clinic staff:** Affix patient label inside this box and indicate if records have been provided to the patient in the Staff Use section at the bottom of the form.

Patient Identification

Información del paciente:	Nombre del paciente		Sobrenombre/nombre de soltera/otro
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal		
	Fecha de nacimiento	Últimos 4 números del Seguro Social	Teléfono
	_____ / _____ / _____		
Poseedor del expediente: *¿Quién tiene la información que quiere que se divulgue?*	☐ UC San Diego Health ☐ Otro: _____		
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal		
	Teléfono	Fax (Solo atención urgente para el paciente)	
Divulgar expedientes a: *¿A dónde quiere que se envíen los expedientes? ¿Quién quiere que reciba los expedientes?*	Nombre de Hospital/Clínica/Persona		
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal		
	Teléfono	Fax (Solo atención urgente para el paciente)	
Finalidad:	☐ Atención continua – Fecha de la cita (si se sabe): _____ / _____ / _____ ☐ Legal ☐ Personal ☐ Seguro ☐ Discapacidad ☐ Otra *(favor de especificar):*		
Información médica a divulgarse: *¿Qué quiere que se envíe o divulgue?*	Conjuntos de expedientes de rutina – **Para las fechas de servicio:** _____ ☐ **Visita de sala de emergencias** (notas del proveedor del departamento de emergencias, radiología, laboratorio y diagnóstico, consultas y notas de procedimientos) ☐ **Estadía en el hospital** (historial y examen médico, consulta, informe de operaciones, resumen del alta, informes de laboratorio y radiológicos) ☐ **Visita médica o al consultorio** (notas de progreso, notas del consultorio, notas del procedimiento, notas operativas, resultados de laboratorio, diagnósticos y radiológicos) ☐ **Otros expedientes –** *Sírvase especificar el tipo:* _____ ☐ **Expedientes de facturación** ☐ **Imágenes radiológicas (únicamente)** Método de entrega (seleccione uno): ☐ Correo postal ☐ Recoger en persona ☐ MyChart ☐ Por correo electrónico _____ ** (Ver la parte inferior de la página 2 para los límites de correo electrónico)		
Información delicada:	**La información delicada <u>NO SE DIVULGARÁ</u>, salvo que ponga sus iniciales a continuación:** _____ Divulgar expedientes de tratamiento de drogadicción y alcoholismo _____ Divulgar expedientes de tratamiento psiquiátrico/salud mental _____ Divulgar expedientes de la afirmación de género _____ Divulgar expedientes de métodos anticonceptivos _____ Divulgar expedientes de atención médica relacionada con el aborto _____ Divulgar resultados de prueba de VIH _____ Divulgar resultados de pruebas genéticas		

UC San Diego Health

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Authorization To Release Protected Health Information

***Hospital & Clinic staff:** Affix patient label inside this box and indicate if records have been provided to the patient in the Staff Use section at the bottom of the form.

Patient Identification

Autorización	Entiendo que esta autorización es voluntaria. Es posible que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependa de la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) llevar a cabo tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información en conexión con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de una identidad de pagar una reclamación o 4) crear información médica para proporcionársela a un tercero.Entiendo que esta autorización podría revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esa acción se haya realizado dependiendo de esta autorización. Salvo que se revoque de otra forma, esta autorización caducará 12 meses después de la fecha en que se firme este formulario.

Firma del paciente o de su representante autorizado	Escribir el nombre con letra de molde	Fecha	Hora AM/PM

Relación (Si la firma alguien distinto al paciente)	Si se interpreta: Firma O identificación del intérprete	Idioma ☐ Por teléfono	Fecha ☐ Por video	Hora AM/PM

***Staff Use**	Info Released By: On Date:

A fin de proteger la información médica confidencial de nuestro paciente, debemos tener una autorización válida, completa y legible para divulgar su información médica.

Todas las secciones de esta autorización tienen que rellenarse completamente antes de que a UC San Diego Health se le permita divulgar su información médica protegida.

Aviso: A UC San Diego Health y a muchas otras organizaciones e individuos, como por ejemplo médicos, hospitales y planes de salud se les exige, por ley, que mantengan su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien a quien no se le exija legalmente mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

Revocación: Puede proporcionarse una revocación/cancelación de esta autorización en cualquier momento, por escrito a:

UC San Diego Health, Health Information Management, 200 W Arbor Drive, #8825, San Diego, CA 92103-8825

Derechos del paciente: Bajo el Código de Salud y Seguridad de California, cualquier paciente adulto, un paciente menor autorizado por ley para consentir a su propio tratamiento o el representante legal del paciente (por ejemplo, uno de los padres, el tutor, el conservador o el representante personal de un paciente fallecido) tiene derecho a tener acceso al expediente clínico. Según la Sección 123110, si el paciente o su representante pide inspeccionar el expediente, la petición de inspección tiene que hacerse por escrito, y el expediente tiene que ponerse a la disposición durante el horario hábil regular en un plazo de cinco (5) días laborales después de que la petición se reciba. Si el paciente quiere una copia de todo el expediente o parte de este, la petición de copias tiene que hacerse por escrito, y las copias tienen que proporcionarse en un plazo de quince (15) días después de que se reciba la petición. Bajo el código, es posible que los proveedores recuperen hasta un máximo de $0.25 por página por el costo de copiar el expediente, así como el costo razonable de localizar el expediente y poner el expediente a la disposición.

Costos de expedientes médicos: No hay ningún cargo por enviar los expedientes a otro proveedor de atención médica. Los expedientes divulgados directamente al paciente o a un familiar autorizado podrían estar sujetos a cargos; las primeras 20 páginas no cuestan nada, y después de la página 20, habrá un cargo de $0.25 por página. Tarifas que no excedan $ 6.50 por solicitud.

Costos de imágenes radiológicas: La primera copia es gratis, y se deben pagar $25.00 por cada copia adicional, salvo que sea para un proveedor.

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE: Solo los tres (3) estudios más recientes pueden enviarse por correo electrónico (email).