

Sección A: Esta sección debe ser llenada para todas las autorizaciones					
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		Teléfono del paciente:	
Provider's Name:		Nombre del asegurado:			
Please return completed authorization to: HIM UCLA West Valley Medical Center 7300 Medical Center Dr. West Hills CA, 91307 Fax: (205) 588-1892. Email: ROIWestValley@mednet.ucla.edu		Dirección 1:		Teléfono del asegurado:	
		Dirección 2:		Estado:	
		Ciudad:		Código postal:	
Solicitar entrega (si lo deja en blanco, se enviará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Vía electrónica, si está disponible (ej. unidad USB, CD/DVD) <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado.					
NOTA: Si usted solicita un formulario electrónico y la institución no cuenta con esa opción, se facilitará un método alternativo de entrega (ej. copia en papel). Existe cierto nivel de riesgo que un tercero pueda ver su información protegida de salud (PHI) sin su consentimiento cuando usted recibe información electrónica o un correo electrónico no encriptado. No somos responsables por el acceso sin autorización de PHI contenida en dicho formato o de cualquier riesgo (ej., virus) que pueda introducirse en su computadora/aparato cuando recibe su PHI en formato electrónico o por correo electrónico.					
Dirección de correo electrónico (si se marcó correo electrónico arriba, escríbalo claramente):					
Esta autorización expira en: (escriba la fecha o el evento pero no ambos)					
Fecha:		Evento:			
Razón para la divulgación:					
Descripción de la información que va a ser usada o divulgada					
¿Es una solicitud para notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> Sí, este es el único documento que usted puede solicitaren esta autorización. Tiene que presentar otra autorización para los siguientes documentos. <input type="checkbox"/> No, usted puede marcar tantas opciones como sean necesarias a continuación.					
Descripción:	Fecha (s):	Descripción:	Fecha (s):	Descripción:	Fecha (s):
<input type="checkbox"/> Toda la PHI en el historial médico		<input type="checkbox"/> Información de operaciones		<input type="checkbox"/> Resumen de embarazo/parto	
<input type="checkbox"/> Hoja de admisión		<input type="checkbox"/> Laboratorio de cateterismo		<input type="checkbox"/> Evaluación de enfermera obstetra	
<input type="checkbox"/> Informes de dictados		<input type="checkbox"/> Prueba/terapia especial		<input type="checkbox"/> Hoja de evolución postparto	
<input type="checkbox"/> Órdenes médicas		<input type="checkbox"/> Tiras de ntmo		<input type="checkbox"/> Factura desglosada	
<input type="checkbox"/> Ingesta/diuresis		<input type="checkbox"/> Información de enfermería		<input type="checkbox"/> UB-04 _____	
<input type="checkbox"/> Pruebas clínicas		<input type="checkbox"/> Hojas de traslado		<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Hojas de medicamentos		<input type="checkbox"/> Información de sala de emergencia		<input type="checkbox"/> Otro _____	
Por medio de la presente, yo reconozco y doy mi consentimiento para que la información divulgada pueda contener información de abuso de alcohol, drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. (iniciales) _____					
<ol style="list-style-type: none"> Yo puedo negarme a firmar esta autorización y que es absolutamente voluntario. Mi tratamiento, pago, ingreso o elegibilidad para beneficios no está condicionado a la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito y si lo hago, no afectará las acciones tomadas antes de recibir la revocación. * Para mayor información, ver el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si el solicitante o destinatario no es un plan de salud o un proveedor de salud, la información no será protegida más por las leyes federales de privacidad y podría volver a divulgarse. Si lo pido, yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en esta hoja, por un precio razonable. Yo recibo una copia de esta hoja después de firmarla. 					
Sección B: ¿La solicitud de PHI tiene propósitos de marketing y/o involucra la venta de PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "Sí", el plan de salud o proveedor de salud tiene que completar la Sección B, si no es así, vaya a la Sección C.					
¿Recibirá el beneficiario compensación financiera por usar o divulgar esta información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", describa:					
¿El beneficiario de la PHI puede someter la información para compensación financiera más adelante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO					
Sección C: Firmas					
Yo he leído la información arriba mencionada y autorizo la divulgación de la información protegida de salud como está dicho.					

Escriba el Nombre del Representante del Paciente en Letra de Molde:

Relationship _____ Firma del Paciente/Representante del Paciente _____ Fecha/Hora _____



**AUTHORIZATION TO RELEASE
PROTECTED HEALTH
INFORMATION**

* ROI *