

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA  
AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

UCLA Health se compromete a proteger la privacidad de nuestros pacientes. Es por eso que debemos obtener su consentimiento por escrito antes de que podamos revelar detalles sobre usted o la atención de su tutelado.

Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Tutor o representante (si corresponde): \_\_\_\_\_

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

**INFORMACIÓN MÉDICA DIVULGADA PUEDE INCLUIR** (marque todas las que correspondan):

- Historial del salud  Imágenes médicas y/o fotográficas  Información sobre el tratamiento  
 Diagnóstico  Otros: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DEL PROYECTO** (marque todos los que correspondan):

- Material educativo  Publicación  Medios de difusión  Material promocional  
 Otros: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN RELATIVA A LA ATENCIÓN SE RECOPIRARÁ DE:**

- Empleados de UCLA Health que participaron en el cuidado del paciente  
 Otros: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN RELATIVA A LA ATENCIÓN SE REVELARÁ A:**

- UCLA Health  Medios de comunicación externos  
 Otros \_\_\_\_\_

**AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA LIBERACIÓN DE LO SIGUIENTE** (si corresponde):

- No corresponde  
 Información sobre el tratamiento de la salud mental QUE NO incluye notas de psicoterapia.  
 Resultados de la prueba de VIH y/o información sobre el tratamiento del VIH  
 Información sobre el tratamiento del abuso de alcohol y/o sustancias.

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA  
AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

**LIMITACIONES EN EL USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PARTICIPANTE** (por favor, especifique):

**DURACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN**

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Si no se indica ninguna fecha, esta autorización permanecerá en vigor durante un período de cinco (5) años a partir de la fecha de la firma adjunta.

La ley exige a la UCLA mantener la confidencialidad de la información médica. Si usted ha autorizado la divulgación de información médica a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede estar sujeto a una nueva divulgación.

**¿TENGO QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO?**

¡Absolutamente no! Esta autorización para divulgar información médica es voluntaria. Negarse a firmar esta autorización no afectará su tratamiento, inscripción en el pago o elegibilidad para los beneficios, ni a usted ni a su pupilo.

**¿PUEDO RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN?**

¡Sí! Usted tiene derecho a solicitar y recibir una copia firmada de esta autorización.

**¿QUÉ PASA SI CAMBIO DE OPINIÓN?**

Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:

[UCLAHealthNews@mednet.ucla.edu](mailto:UCLAHealthNews@mednet.ucla.edu)

**O**

UCLA Health Sciences Media Relations  
10960 Wilshire Blvd., Suite 1955  
Los Angeles, CA 90025

Debido a que UCLA Health dedica mucho tiempo y cuidado a concebir y desarrollar comunicaciones y publicaciones, le pedimos que escriba a la dirección anterior tan pronto como sea posible después de decidir revocar su autorización.

La revocación será efectiva una vez recibida, excepto en la medida en que UCLA u otros ya hayan confiado en ella. Si los elementos multimedia ya se han compartido, puede que no sea posible recuperarlos.

MRN:

Nombre del paciente:

**COMUNICACIONES | MERCADOTECNIA  
AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI POR SUS SIGLAS EN INGLES)**

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas. Mi firma confirma que entiendo y acepto todas las condiciones anteriores y apruebo la divulgación y el uso de la información de salud por parte de UCLA Health.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor  
(*Signature of patient, parent or conservator*)

\_\_\_\_\_  
Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
Hora (*Time*)

Si no está firmado por el paciente, indique la relación o el tutor: \_\_\_\_\_  
(*If not signed by patient, indicate relationship or guardian*)

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de UCLA  
(*UCLA Representative Name*)

\_\_\_\_\_  
Firma de representante de UCLA  
(*UCLA Representative Signature*)

\_\_\_\_\_  
Fecha (*Date*)

\_\_\_\_\_  
Hora (*Time*)