



FECHA:

ID VERIFICATION (TYPE):

NOMBRE DEL PACIENTE:

ID VERIFIED BY:

FECHA DE NACIMIENTO:

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION (Spanish)

Autorizo a _____ <small>(Nombre de persona o facultad que tiene información - ejemplo: Hilltop)</small> _____ Teléfono/Fax #: _____ para que revele información médica a: _____ Nombre de la persona o centro que va a recibir la información médica (dirección completa) Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono/Fax #: _____	<p>The purpose of this release is for (check one or more):</p> <input type="checkbox"/> Continuity of care or discharge planning <input type="checkbox"/> Billing and payment of bill <input type="checkbox"/> At the request of the patient/patient representative <input type="checkbox"/> Other (state reason) _____ _____ _____
--	---

Especifique la información médica que usted autoriza que se revele:
 Tipo(s) de información médica: _____
 Fecha(s) del tratamiento: _____

La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) que se encuentran a continuación:

- Información sobre el abuso, diagnóstico o tratamiento de alcohol y drogas (Art. 2.34 y 2.35, del Título 42, del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.)).
- Información sobre el diagnóstico o tratamiento de salud mental (Artículos 5328 y siguientes del Código de Asistencia Social e Instituciones).
- Revelación de los resultados de la prueba del VIH/SIDA (Art. 120980(g) del Código de Salud y Seguridad).
- Revelación de información sobre pruebas genéticas (Art. 124980(j) del Código de Salud y Seguridad).

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN
 A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización se vence _____ (insertar la fecha o evento aplicable). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Nombre en letra de imprenta _____	Firma (paciente, padre/madre, tutor) _____
Fecha _____ Hora _____	Parentesco con el paciente (padre/madre, tutor, custodio, representante del paciente) _____
Numero de teléfono _____	
Forma Solicitado: Papel CD Correo Electronico USB Otro:	

AVISO

UBCP y otras muchas organizaciones y personas como los médicos, hospitales y planes médicos están obligados por ley a proteger la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la divulgación de información médica a alguien que no está legalmente obligado a proteger la confidencialidad, es posible que esta información ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

SUS DERECHOS

Esta Autorización para divulgar información médica es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para beneficios no pueden verse condicionados por la firma de esta Autorización, excepto en los casos siguientes: (1) para llevar a cabo tratamiento relacionado con alguna investigación, (2) para obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan médico, (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar una reclamación, o (4) para generar información médica para proporcionársela a un tercero.

Esta Autorización podrá ser revocada en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, firmada por usted o su representante del paciente, y entregarse a la clínica de UBCP que usted autorizó para divulgar su información. La revocación entrará en efecto cuando lo reciba UBCP, excepto en la extensión que UBCP u otros personas ya la hayan adoptado.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.