



AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre Completo del Paciente

(Patient's Name)

Número de Registro Médico

(Medical Record #)

Fecha de Nacimiento

(Patient's DOB)

Teléfono

(Phone #) ()

Dirección del Paciente

(Patient's Address)

Número de Seguro Social (Patient's SS#) _____ **(Proporcionar su numero de seguro social es voluntario pero necesario para identificar sus registros médicos con exactitud).**

Fechas Aproximadas de Tratamiento (Approx. dates of treatment) _____

1. Yo autorizo al siguiente proveedor de salud o a la siguiente entidad a **REVELAR** mi información como paciente:

___ El Hospital de la Universidad(Paciente Interno)
(University Hospital)

___ El Instituto de Neuropsiquiatría de la Universidad (UNI)

___ Moran Eye Center

___ Centro Ortopédico de la Universidad

___Huntsman Cancer Hospital

___ Huntsman Cancer Institute

___ Clínicas de la Comunidad (Community Clinics): _____

___ Clínicas para Pacientes Externos (Outpatient Clinics): _____

___ Proveedores Específicos (Specific providers): _____

___ Otros (Other): _____

2. Yo autorizo a la siguiente persona u organización a **RECIBIR** mi información como paciente:

Nombre (name): _____

Relación (Relationship): _____

Dirección (Address): _____

Teléfono (Phone #): _____

3. Por favor revele la siguiente información: (encierre en un circulo para indicar su selección) (Please disclose the following information)

Historia y Examen Físico (History & Physical)

Evaluación Psicológica (Psych Eval)

Sumario de Alta (Disch. Summ.)

Reportes de Emergencia (Emergency Records)

Planes de Tratamiento (Treatment Plans)

Inmunizaciones (Immunizations)

Reportes de Radiología y Laboratorio (Radiology/Lab Reports)

Reportes de Consulta (Consult notes)

Historial clínico de pacientes externo (Outpatient clinical history)

Reporte de Operación (Operative Report)

Historia Psicosocial (Psychosocial History)

Otro

(Other): _____



4. Por favor indique el propósito de la revelación de sus registros médicos (Purpose of disclosure): _____
_____, o marque _____ aquí si es que es para su uso personal.
(check here if for personal use)

5. Si es aplicable, yo entiendo que basado en las fechas, los proveedores, y la información que he designado anteriormente, la revelación UUHSC hace que la búsqueda de esta autorización pueda incluir mi participación en un programa de tratamiento de abuso de sustancias.

6. Yo comprendo que si el destinatario autorizado de esta información no es un proveedor de la salud o un plan de salud cubierto por regulaciones privadas federales, la información que el o ella reciba no serán protegidas por estas regulaciones, y que el destinatario podría volver a revelar la información. Sin embargo, podría prohibírsele al destinatario revelar información por el abuso de sustancias bajo los Requerimientos de Confidencialidad de abuso de Sustancias.

7. Yo comprendo que el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Utah no condicionara el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad por beneficios aunque yo firme esta autorización. Yo puede examinar o copiar cualquier información usada o revelada bajo esta autorización.

8. Yo comprendo que podría revocar esta autorización por escrito en cualquier momento mandando una revocación escrita de autorización a: Medical Records, 50 North Medical Drive, SLC UT 84132

9. Yo comprendo que mi revocación no es efectiva de acuerdo al alcance que se hayan tomado medidas en esta autorización. Esta autorización expira (marque uno):

_____ 1 año de la fecha de abajo
(One year from the date below)

_____ Solamente para una revelación
(One time only)

Otro: _____
(Other)

10. Yo entiendo que me pueden cobrar por esta información, y me hago financieramente responsable por el cargo.

Firma del Paciente o Representante
(Signature of Patient or Representative)

Fecha
(Date)

Si es Aplicable, Nombre del Representante Personal*
(If Applicable, Name of Personal Representative*)

***Descripción de la Autoridad del Representate Personal**
(Description of Representative's Authority)

Padre (Parent) Poder médico del Abogado (Medical Power of Attorney)

Otro, Explique: _____
y adjunte documentación
(Other, explain and attach documentation)

Una Firma notariada es requerida a no ser que la Identificación (ID) del paciente o representante personales verificada por el personal de UHC. (Signature must be verified by UHC staff or must be notarized. When complete, place in patient's medical record.)

• _____
Signature of UUHSC Staff Member Printed Name and Employee ID# Date

• SUBSCRIBED AND SWORN before me this _____ day of _____, 20_____.

NOTARY PUBLIC

Residing in _____

My Commission expires: _____

UHC Internal Use Only

Staff Member Processing Request's Name and Employee ID: _____

Date Received: _____

Date Sent to Patient: _____

A 30 day extension as been requested. Reason: _____

Patient Notified of Extension On: _____

Request Processed by (Name and Employee ID): _____

Fee Charged (if any): _____