

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
N.º EXPEDIENTE MÉDICO DE UCD: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA, DAVIS  
CENTRO MÉDICO  
SACRAMENTO, CALIFORNIA

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Solo comunicación verbal (para uso interno)

**Por la presente autorizo a:**

**A divulgar información de salud a:**

Nombre de la persona/centro a los que se divulga la información de salud

Nombre de la persona/centro que recibe la información de salud

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

**Tipos de información de salud que se divulga para el siguiente intervalo de fechas:** De \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

- Todos los expedientes médicos    Imágenes radiológicas    Expedientes de facturación  
 Expedientes limitados a los siguientes proveedores o departamentos: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Además, autorizo la divulgación de información para tratamiento prestado después de la fecha de la firma en esta autorización, siempre que dicho tratamiento ocurra mientras esta autorización no haya vencido. \_\_\_\_ (iniciales)

**La información siguiente está protegida por ley y no se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salud mental (aparte de notas de psicoterapia)<br>Para las notas de psicoterapia, complete el formulario de autorización de psicoterapia | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH     |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de tratamiento de drogadicción/alcoholismo   | <input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas |

<b>Tipo de divulgación (seleccione uno):</b>	<b>Método de entrega (seleccione uno):</b>
<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Inspección en el lugar	<input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Recogida <input type="checkbox"/> Fax (continuación de atención solamente)

**La finalidad de esta divulgación es la siguiente:**  Paciente/Representante del paciente    Otra:

**Aviso:** Puede aplicarse un cargo por las copias de sus expedientes. A menos que la ley lo exija, la ley de California prohíbe al receptor divulgar a su vez la información de salud recibida de usted a menos que este obtenga otra autorización de usted. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no esté obligado legalmente a mantenerla confidencial, podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

**Sus derechos:** Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden supeditarse a la firma de este formulario. Puede revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por usted o su representante, y entregarse en: UCDHS Health Information Management Department, 2315 Stockton Blvd., Edificio 12, Sacramento, CA 95817. La revocación entrará en vigor cuando UCDHS la reciba, salvo en la medida en que UCDHS u otros ya hayan actuado de acuerdo con ella. Una copia de esta autorización es igual de válida que el original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

**Vencimiento de la autorización:** A menos que se revoque, esta autorización vence el \_\_\_\_\_ (insertar fecha). Si no se indica una fecha, la autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Fecha                      Nombre en letra de molde                      Firma del paciente/Rep. del paciente                      Relación con el paciente

Firma del intérprete, si corresponde

