



**\*Hospital & Clinic staff:** Affix patient label inside this box and indicate if records have been provided to the patient in the Staff Use section at the bottom of the form.

Patient Identification

**AUTORIZACIÓN DE COVID PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**COVID Authorization To Release Protected Health Information**

**Dirección postal:** UC San Diego Health  
 Attn: Health Information Management  
 200 West Arbor Drive, #8825, San Diego, CA 92103  
**Fax: 619-543-3287**

<b>Información del paciente:</b>	Nombre del paciente		Sobrenombre/nombre de soltera/otro	
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Fecha de nacimiento	Últimos 4 números del Seguro Social		Teléfono
	___/___/___			
<b>Poseedor del expediente:</b> <i>¿Quién tiene la información que quiere que se divulgue?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> UC San Diego Health			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono	Fax (Solo atención urgente para el paciente)		
<b>Divulgar expedientes a:</b> <i>¿A dónde quiere que se envíen los expedientes? ¿Quién quiere que reciba los expedientes?</i>	Nombre de Hospital/Clínica/Persona			
	Dirección/Ciudad/Estado/Código postal			
	Teléfono	Fax (Solo atención urgente para el paciente)		
<b>Finalidad:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Resultado de prueba de laboratorio de COVID			
<b>Información médica a divulgarse:</b> <i>¿Qué quiere que se envíe o divulgue?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Resultados de prueba de laboratorio de COVID</b>			
	Método de envío: <input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico seguro: _____ **(Ver la parte inferior de la página 2 para la limitación del correo electrónico)			
<b>Información delicada:</b>	<b>La información delicada <u>NO SE DIVULGARÁ</u>, salvo que ponga sus iniciales a continuación:</b>			
	_____ Divulgar expedientes de tratamiento de drogadicción y alcoholismo _____ Divulgar expedientes de tratamiento psiquiátrico/salud mental _____ Divulgar resultados de prueba de VIH _____ Divulgar resultados de pruebas genéticas			

**AUTORIZACIÓN DE COVID PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**COVID Authorization To Release Protected Health Information**

**\*Hospital & Clinic staff:** Affix patient label inside this box and indicate if records have been provided to the patient in the Staff Use section at the bottom of the form.

Patient Identification

<b>Autorización</b>	Entiendo que esta autorización es voluntaria. Es posible que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependa de la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) llevar a cabo tratamiento relacionado con la investigación, 2) obtener información en conexión con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de una identidad de pagar una reclamación o 4) crear información médica para proporcionársela a un tercero. Entiendo que esta autorización podría revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que esa acción se haya realizado dependiendo de esta autorización. A menos que de otra forma se revoque, esta autorización vencerá el 1 de diciembre de 2021.			
Firma del paciente o de su representante autorizado		Escribir el nombre con letra de molde	Fecha	Hora AM/PM
Relación (Si la firma alguien distinto al paciente)	Si se interpreta: Firma O identificación del intérprete	Idioma <input type="checkbox"/> Por teléfono	Fecha <input type="checkbox"/> Por video	Hora AM/PM
<b>*Staff Use</b>	Info Released By:	On Date:		

A fin de proteger la información médica confidencial de nuestro paciente, debemos tener una autorización válida, completa y legible para divulgar su información médica.

Todas las secciones de esta autorización tienen que rellenarse completamente antes de que a UC San Diego Health se le permita divulgar su información médica protegida.

**Aviso:** A UC San Diego Health y a muchas otras organizaciones e individuos, como por ejemplo médicos, hospitales y planes de salud se les exige, por ley, que mantengan su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien a quien no se le exija legalmente mantenerla confidencial, es posible que ya no esté protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

**Revocación:** Puede proporcionarse una revocación/cancelación de esta autorización en cualquier momento, por escrito a:

UC San Diego Health, Health Information Management  
200 W Arbor Drive, #8825, San Diego, CA 92103-8825

**Derechos del paciente:** Bajo el Código de Salud y Seguridad de California, cualquier paciente adulto, un paciente menor autorizado por ley para consentir a su propio tratamiento o el representante legal del paciente (por ejemplo, uno de los padres, el tutor, el conservador o el representante personal de un paciente fallecido) tiene derecho a tener acceso al expediente clínico. Según la Sección 123110, si el paciente o su representante pide inspeccionar el expediente, la petición de inspección tiene que hacerse por escrito, y el expediente tiene que ponerse a la disposición durante el horario hábil regular en un plazo de cinco (5) días laborales después de que la petición se reciba. Si el paciente quiere una copia de todo el expediente o parte de este, la petición de copias tiene que hacerse por escrito, y las copias tienen que proporcionarse en un plazo de quince (15) días después de que se reciba la petición. Bajo el código, es posible que los proveedores recuperen hasta un máximo de \$0.25 por página por el costo de copiar el expediente, así como el costo razonable de localizar el expediente y poner el expediente a la disposición.

**Costos de expedientes médicos:** No hay ningún cargo por enviar los expedientes a otro proveedor de atención médica. Los expedientes divulgados directamente al paciente o a un familiar autorizado podrían estar sujetos a cargos; las primeras 20 páginas no cuestan nada, y después de la página 20, habrá un cargo de \$0.25 por página.

**Costos de imágenes radiológicas:** La primera copia es gratis, y se deben pagar \$25.00 por cada copia adicional, salvo que sea para un proveedor.

**\*\*POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE:** Solo los tres (3) estudios más recientes pueden enviarse por correo electrónico (email).