

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **MR/UNIT#:** _____

Yo autorizo: UCSF Benioff Children's Hospital Oakland
 Otro: _____
Nombre de la persona u organización que divulga la información

divulgue la información de salud a:

Nombre de la persona u organización que recibe la información

Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

El propósito de esta divulgación

- Atención médica
- Seguro
- Proceso legal
- Paciente/personal
- Otro (escriba): _____

Marque esta casilla para autorizar el intercambio entre las personas/organizaciones antes mencionadas

Información solicitada (marque todas las que correspondan):

- Resumen pertinente (resumen de alta, historial y físico, quirúrgico, patológico, consultas, informes radiológicos, laboratorios y EEG)
- Historial de emergencia
- Historial clínico
- Inmunizaciones

Fecha(s) de De _____ a _____ Todas las fechas de servicio

NO SE DIVULGARÁ la siguiente información a menos que usted lo autorice específicamente marcando la(s) casilla(s) a continuación:

- Información de diagnóstico o de tratamiento de drogas / alcohol.
- Información de diagnóstico o de tratamiento de salud mental.
- Salud reproductiva, incluyendo embarazos y enfermedades de transmisión sexual, condición de VIH/SIDA.
- Información de pruebas genéticas

Por favor remita la información: Impresa Electrónicamente (CD)

Vencimiento de la autorización

Salvo que sea revocada, esta autorización vence el _____ o 12 meses después de la fecha del formulario con mi firma.

- Entiendo que:
- Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que Children ya haya divulgado la información. Debo enviar la revocatoria a UCSF Benioff Children's Hospital Oakland, HIM Department, 747 52nd St, Oakland, CA 94609
 - Puedo negarme a firmar esta autorización. El tratamiento no está supeditado a la obtención de esta autorización.
 - Si la divulgación de esta información de salud es para alguien que no tiene la obligación legal de mantener su confidencialidad, la información podría volver a divulgarse y ya no estar protegida.
 - Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma Fecha Prefijo y número de teléfono

Si la firma no es del paciente, indique la relación legal: _____