



* R O I R C D *

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Account #: _____

Med Rec #: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
PROTECTED HEALTH INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION (SPANISH)

MRU00696 (09/07/18)

Page 1 of 1

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de SS (opcional): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____

Teléfono _____ Tel. alternativo: _____ Correo electrónico: _____

Yo autorizo a las siguientes instituciones a divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por los servicios/atención y fechas especificadas:

Hospital University Medical Center of Southern Nevada (UMC) → Fechas de atención: _____

UMC Quick Care[†] (especifique cuál): _____ → Fechas de atención: _____

UMC Primary Care[†] (especifique cuál): _____ → Fechas de atención: _____

Yo autorizo que la siguiente PHI sea divulgada de mi expediente médico (marque todo lo que corresponda):

Descripciones/Resúmenes (incluyendo: resumen de alta, historial médico y clínico, reportes de cirugía, consultas con especialistas y resultados de estudios de laboratorio)

Expediente de la Sala de Urgencias Informes de radiología Estudios de radiología/de imágenes en film o formato digital

Resultado de laboratorio de (especifique): _____ Otros (especifique): _____

La información contenida en mi expediente médico puede tener datos concernientes a enfermedades de transmisión sexual, atención por problemas de salud mental y tratamiento por alcohol o drogas. Leyes estatales y federales protegen esta información. Si esta información es aplicable a usted, por favor indique marcando y poniendo sus iniciales donde corresponda si desea que sea divulgada/obtenida, incluyendo fechas de atención

• Alcohol, Abuso de drogas Sí No → Fechas de atención: _____ Iniciales: _____

• Estudios y resultados de VIH Sí No → Fechas de atención: _____ Iniciales: _____

• Expediente de salud mental Sí No → Fechas de atención: _____ Iniciales: _____

• Expediente de psicoterapia Sí No → Fechas de atención: _____ Iniciales: _____

• Expediente genético Sí No → Fechas de atención: _____ Iniciales: _____

Yo solicito que mi PHI sea divulgada a la siguiente persona: El mismo paciente Otra persona (complete abajo)

Nombre de la persona (UNO por solicitud): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____

Correo electrónico (opcional): _____ Fax: _____

Propósito por el que se solicita la divulgación de mi PHI (marque una): Legal Para continuar la atención/cuidado médico

Aseguradora Personal Otro propósito (especifique): _____

Formato de divulgación: Papel (preseleccionado si no marca nada) CD-ROM / disc Otro/Solicitud especial: _____

Método de divulgación: Llamada para recogerlo cuando esté listo Enviar por correo Enviar por fax

Otro/Solicitud especial: _____

Esta autorización expira (automáticamente) en un año desde la fecha de la firma, o en la fecha del evento, o bajo las condiciones que se indican a continuación:

Fecha / Evento / Condición (especifique bajo qué condición): _____

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

1. Las solicitudes de copias del expediente médico están sujetas a un cobro según regulaciones federales/estatales.
2. La autorización para divulgar información es voluntaria y yo puedo rehusarme a firmar este documento.
3. El tratamiento, pago, participación o la elegibilidad para recibir beneficios no puede estar condicionada a si firma o no esta autorización.
4. Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y enviada por correo o llevada personalmente a *UMC Health Information Management Department* a la siguiente dirección: 1800 W. Charleston Blvd., Las Vegas, Nevada 89102. La revocación no aplica a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
5. La información divulgada con relación a esta autorización puede ser re-divulgada y por consiguiente no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Hora: _____ **Fecha:** _____ **Firma del paciente/representante del paciente*:** _____

Nombre del representante del paciente (si procede): _____ **Parentesco con el paciente:** _____

*(Nota: Los tutores legales y apoderados o tutores designados por medio de un poder notarial deben incluir una copia de dicho documento con esta solicitud)

UMC QUICK CARES:

- **Blue Diamond Quick Care**
4760 Blue Diamond Road, #110
Las Vegas, NV 89139
- **Centennial Hills Quick Care**
5785 Centennial Center Boulevard
Las Vegas, NV 89149
- **Enterprise Quick Care**
1700 Wheeler Peak Street
Las Vegas, NV 89106
- **Nellis Quick Care**
61 N. Nellis Boulevard
Las Vegas, NV 89110
- **Peccole Quick Care**
9320 W. Sahara Avenue
Las Vegas, NV 89117
- **Rancho Quick Care**
4231 N. Rancho Drive
Las Vegas, NV 89130
- **Spring Valley Quick Care**
4180 S. Rainbow Blvd, # 810
Las Vegas, NV 89103
- **Summerlin Quick Care**
2031 N. Buffalo Drive
Las Vegas, NV 89128
- **Sunset Quick Care**
525 Marks Street
Henderson, NV 89014

UMC PRIMARY CARES:

- **Nellis Primary Care**
63 N. Nellis Boulevard
Las Vegas, NV 89110
- **Peccole Primary Care**
9320 W. Sahara Avenue
Las Vegas, NV 89117
- **Rancho Primary Care**
4233 N. Rancho Drive
Las Vegas, NV 89130
- **Southern Highlands Primary Care**
11860 Southern Highlands Parkway, #102
Las Vegas, NV 89141
- **Spring Valley Primary Care**
4180 S. Rainbow Blvd, # 810
Las Vegas, NV 89103
- **Summerlin Primary Care**
2031 N. Buffalo Drive
Las Vegas, NV 89128
- **Sunset Primary Care**
525 Marks Street
Henderson, NV 89014
- **Wellness Center**
701 Shadow Lane, # 200
Las Vegas, NV 89106