

DATE:

PATIENT NAME:

BIRTHDATE:

ID VERIFICATION (TYPE):

ID VERIFIED BY:

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION (Spanish)**

Autorizo a \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona o centro que tiene información - p. ej.: UCSF/Mt. Zion)  
para que revele información médica a:

Nombre de la persona o centro que va a recibir la información médica (dirección completa):

Dirección postal:

Calle y número:

**The purpose of this release is for (check one or more):**

- Continuity of care or discharge planning
- Billing and payment of bill
- At the request of the patient/patient representative
- Other (state reason) \_\_\_\_\_

**Especifique la información médica que usted autoriza que se revele:**

Tipo(s) de información médica: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del tratamiento: \_\_\_\_\_

**La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) que se encuentran a continuación:**

- Información sobre el abuso, diagnóstico o tratamiento de alcohol y drogas (Art. 2.34 y 2.35, del Título 42, del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.)).
- Información sobre el diagnóstico o tratamiento de salud mental (Artículos 5328 y siguientes del Código de Asistencia Social e Instituciones).
- Revelación de los resultados de la prueba del VIH/SIDA (Art. 120980(g) del Código de Salud y Seguridad).
- Revelación de información sobre pruebas genéticas (Art. 124980(j) del Código de Salud y Seguridad).

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

A menos que se revoque de otro modo, esta Autorización vence \_\_\_\_\_  
(insertar la fecha o evento aplicable). Si no se indica ninguna fecha, esta Autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que firme este formulario.

Nombre en letra de imprenta

Firma (paciente, padre/madre, tutor)

Fecha

Hora

Parentesco con el paciente (padre/madre, tutor, custodio, representante del paciente)

Formato solicitado:  Papel  CD

