



1500000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

Sistemas de Salud de la Universidad de Virginia
University of Virginia Health System

Divulgación de Información, Servicios de Información Sobre la Salud

Release of Information, Health Information Services

PO Box 800476, Charlottesville, VA 22908

No. de teléfono 434-924-5136 No. de fax 434-924-2432

Phone 434-924-5136 Fax 434-924-2432

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

(Escriba nombre completo del paciente)
(Print patient's full name)

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
(Birth date (Mo/Day/Yr))

(Domicilio) / (Street address)

Teléfono No. (Casa o celular)
(Phone (Home or Cell))

(Ciudad, estado, código postal) / (City, state, zip code)

Teléfono No. (Empleo)
(Phone (Work))

Yo (paciente o nombre del paciente) por la presente autorizo a Los Sistemas de Salud de la Universidad de Virginia a que divulguen:

I hereby authorize (patient or patient name) University of Virginia Health System, to release:

- Resumen del alta [fecha(s)] Discharge Summary [date(s)]
Historial y Examen Médico [fecha(s)] History & Physical [date(s)]
Reporte Operativo [fecha(s)] Operative Report [date(s)]
Reportes Patológicos [fecha(s)] Pathology Reports [date(s)]
Registro de Vacunación Immunization Record
Reporte de Rayos X y Resonancia Magnética [fecha(s)] X-Ray and Imaging Report [date(s)]
Resultados del Laboratorio [fecha(s)] Laboratory Results [date(s)]
Registro de la Sala de Urgencias [fecha(s)] Emergency Room Record [date(s)]
Registro Completo [fecha(s)] Entire Record [date(s)]
Reporte de la Consulta [fecha(s)] y Nombre del Médico: Consultation Report [date(s)] and Doctor's Name
Apuntes Clínicos [fecha(s)] y Nombre del Médico: Clinic Notes [date(s)] and Doctor's Name
Otros Other

Farmacia: (Para el Programa de Asistencia al Paciente)
Pharmacy: (For Patient's Assistance Program)

- Información de alergias Allergy Information
Diagnóstico Diagnosis
Financiero Financial
Seguro Insurance
Medicamentos Medication

Si esta autorización es para la divulgación de registros médicos, entiendo que estoy otorgando mi permiso para entregar copias conteniendo información en mi expediente médico que pudiera incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, el tratamiento de drogas/alcohol, pruebas de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; AIDS por sus siglas en inglés) o de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana; HIV por sus siglas en inglés) o con el tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, a menos que se indique en las siguientes instrucciones:

If this authorization is for release of medical records, I understand that I am giving my permission to release copies of information in my medical record that may include information relating to psychiatric treatment, drug/alcohol treatment, AIDS/HIV testing or treatment of sexually transmitted disease, unless indicated in the following instructions:

**INFORMACIÓN DIVULGADA A:**  
*INFORMATION RELEASED TO*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (Médico, hospital, agencia, etc.)  
*NAME: (Physician, hospital, agency, etc.)*

\_\_\_\_\_  
Domicilio / Street address

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, zona postal / City, state, zip

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**  
*PURPOSE OF DISCLOSURE*

\_\_\_\_ Personal                      \_\_\_\_ Cuidados continuos                      \_\_\_\_ Seguro Médico                      \_\_\_\_ Abogado  
*Personal                      Continuing Care                      Insurance                      Attorney*

\_\_\_\_ Compensación del trabajador                      \_\_\_\_ Otro/declarar propósito  
*Workers Compensation                      Other/state purpose*

Por la presente autorizo a que se divulgue la información sobre la salud del paciente arriba mencionado. Esta autorización tendrá una validez de 12 meses a partir de la fecha en que se firmó. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud por medio de una notificación por escrito pero que no afectará cualquier información que ya haya sido divulgada con anterioridad a la notificación de la cancelación. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a volverse a difundir por la persona o por la institución que la reciba, y entonces ya no estaría protegida por reglamentos federales. Entiendo que el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia no puede condicionar el proporcionar atención médica basándose en el hecho de que yo firme esta autorización o no, al menos que yo esté solicitando atención médica específicamente para obtener información sobre lo que debe revelarse. En el caso que el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia proporcione copias a individuos u organizaciones como yo lo solicite, entiendo que habrá un cargo de \$0.50 por página de 1-50 páginas y de \$0.25 por página de 51 páginas en adelante, más gastos de envío. No se cobrarán honorarios cuando las copias sean solicitadas por otras agencias de proveedores de atención médica / clínicas de atención continua. A todos los demás solicitantes se les cobrará de acuerdo a lo que permitan las leyes estatales y federales.

*I hereby authorize disclosure of the health information for the above named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information disclosed may be subject to re-disclosure by the person, or facility receiving it, and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that the University of Virginia Health System may not condition its providing of health care on whether I sign this authorization, unless I am requesting care specifically for information about it to be disclosed. In the event UVA Health System provides copies to individuals or organizations as I request, I understand there is a fee of \$.50 per page for pages 1-50, \$.25 per page for pages 51+, plus actual postage if mailed. Fees are waived when copies are sent to other health care providers agencies/facilities. All other requestors are charged as state and federal laws allow.*

**Firma del Paciente o Representante legal del paciente**  
*Signature of Patient or Legal Representative of Patient*

\_\_\_\_\_  
**Fecha/Date**

**Si firma el representante legal, describa su autoridad para actuar en nombre del paciente**  
*If signed by Legal Representative, Describe Authority to act on Patients Behalf*

Si se traduce: CERTIFICACIÓN DEL INTÉRPRETE (cuando corresponda)  
*If Translated: INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)*

Traducción proporcionada por: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_  
*Translation has been provided by:                      Date/Time*

Recibi una copia traducida de este documento. Iniciales del paciente \_\_\_\_\_  
*I received a translated copy of this document.                      Patient's initials*